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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2011

La intervención profesional del trabajador social en el abordaje de los modelos de tratamiento de adicciones en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata

Fichera, Verónica Andrea

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/52

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Departamento de Servicio Social

Autoras: Fichera, Verónica Andrea y Galeano, Silvia Pamela
Director: Dr. Curto, Javier
Codirectora: Lic. Lorea, Carla

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

"La intervención Profesional del Trabajador Social en el abordaje de los modelos de tratamiento de adicciones en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata"

Fichera, Verónica • Galeano, Pamela

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Curto, Javier, por ser nuestro Director y a la Lic. Lorea, Carla por ser nuestra Co-Directora. A ambos gracias por acompañarnos en este proceso y ayudarnos a concretar este trabajo.

A las distintas instituciones: Centro Provincial de Atención de las Adicciones, Casabierta, Posada del Intí y Plan Be que nos brindaron un espacio para realizar las entrevistas.

Gracias!!!!

DEDICATORIAS

A mis padres, que me abrieron el camino profesional, que hicieron posible con su esfuerzo, apoyo y acompañamiento para que hoy llegue al final de una nueva etapa profesional. Sin ellos no hubiera sido posible. A ellos, el orgullo por la tarea cumplida.

A Verito, por elegirme para transitar junto a ella en el final de este camino maravilloso que es el de ser “estudiante”.

A nuestras compañeras y amigas de carrera. Gracias a todas!!!

Pame

A mi mamá Lucía por haber confiado siempre en mí, por apoyarme y ayudarme en todos estos años.

A mis hermanos Mario y Matías, personas más que especiales para mí. Gracias por su confianza y apoyo incondicional. Sin ustedes este logro no hubiera sido lo mismo.

A mis amigos que están y estuvieron siempre desde mi infancia. Es un placer poder compartir con ustedes esta etapa que me toca vivir.

A mis amigas colegas y a las que pronto lo serán, por compartir esta hermosa etapa de estudio, porque con ustedes este camino se hizo más divertido y corto. Gracias por ayudarme y por brindarse, me llevo grandes amigas.

A vos Pame, porque sabemos y compartimos el esfuerzo invertido en este trabajo, y porque encontré en vos una amiga además de una excelente compañera.

Verito

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ……..…..…….. 7

- Propuesta de trabajo ……..……8-9
- Objetivos generales y específicos ……..……...10
- Principales momentos de la investigación ……..…..…11

MOMENTO I ……..…… 12

- Contexto global ……..……..……13-19
- Modelos de interpretación en drogodependencia …….……...20-27

MOMENTO II ……..……..……..……. 28

- Perspectiva Teórica- Metodológica …….……..... 29

  Aspectos Metodológicos ……..….. 30-32

MOMENTO III ……..……...…. 33

- Perspectiva Teórica ..…….. 34

  Contexto espacial ..…….…….... 35

  Política Social ..…….….. 36-39

  Instituciones..…….…. 41-48

  Familia ..……... 49-55

  Participación de la Familia en el Proceso de Tratamiento…..... 56-57

  La Intervención desde el Trabajo Social ……. 58-62

  Persona ..……..…… 63-65

  Modelos de Tratamiento …….……... 66-68

MOMENTO IV ……..……...…. 69

- Análisis de datos (Presentación de las instituciones) …… 70

  Centro Provincial de Atención de las Adicciones ……..……..71-81

Plan Be ..…….…….. 82-89

Casabierta …….……... 90-93

Posada del Intí ……..…….……... 94-106

- Análisis de los resultados ……..…107-128

MOMENTO V ……..……..……...…. 129

- Conclusión y Propuesta de Trabajo ……..……130

Conclusión ……..…….. 131-134

Propuesta de Trabajo ……..… 135

- Bibliografía …….. 136-140
- Anexo …….. 141

INTRODUCCIÓN

Propuesta de Trabajo

Según datos aportados desde el SEDRONAR, en Argentina existen casi un millón de jóvenes con problemas de uso indebido de drogas, y la edad de inicio es a partir de los 13 años, tanto en varones como en mujeres.[1]

"La adicción a las drogas expresa dramáticamente uno de los lados más aberrantes de la sociedad de consumo."[2]

Por tal motivo no debe considerarse un problema únicamente de las personas, ni un "flagelo" de la sociedad, sino también un fenómeno de la cultura. Si bien las drogas han existido siempre, en todas las épocas. Lo nuevo es, su expansión, la edad inicio así como la diversidad en el consumo.[3]

Frente a esta realidad nos parece fundamental trabajar con toda la comunidad para favorecer la creación y articulación de redes que posibiliten acciones que comprometan a toda la sociedad.[4]

Creemos que es necesario abordar las adicciones desde una mirada integral con nuevos enfoques y estrategias. Sin embargo en la actualidad, los centros de tratamiento organizados a partir de un abordaje multidisciplinario requieren de un equipo profesional muy amplio y altamente capacitado que resulta muy costoso de mantener.[5]

Por otra parte en los últimos años la escasez de recursos económicos para atender este fenómeno siempre en aumento, ha tenido como consecuencia el cierre de muchas instituciones y la fuerte limitación presupuestaria en otras. [6]

---

[1] Subsecretaria de Atención de las Adicciones. (2006). Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Plan provincial de Atención de las Adicciones. Comunicación Institucional SADA.

[2] Op. Cit Nota 1.

[3] SEDRONAR (2009). "El estado nacional intensifica la lucha contra las drogas", Hablemos, VOL 23. Bs.As. Fundación de las Américas.

[4] Op. Cit. Nota 3.

[5] Cuatrocchi, Estela Mónica. (2008). *"La Adicción a las Drogas"* Su recuperación en Comunidad Terapéutica. Bs. As. Espacio.

[6] Op. Cit. Nota 5.

Es a partir de lo anteriormente expuesto, que situándonos en la ciudad de Mar del Plata, decidimos investigar la intervención profesional del Trabajador Social y la dinámica institucional en los distintos modelos de abordaje de los tratamientos de adicciones.

Al hacer referencia a lo público decidimos centrarnos en el CPA Centro Provincial de las Adicciones. El CPA forma parte de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires. Situado en la Calle Buenos Aires 2855.

Haciendo mención al ámbito privado se analizara dentro de las instituciones "*Casa Abierta*", Hospital de día, situada en Gascón 1251 y " Plan Be", un dispositivo de abordaje ambulatorio, por consultorio externo, para el tratamiento de personas y su entorno; afectados por el consumo inadecuado y desadaptado de sustancias adictivas con o sin patologías asociadas. El mismo se encuentra situado en Garay 1770.

"*Posada del Inti*", es un Programa de Promoción de la Salud Integral, Prevención y Asistencia de las conductas adictivas, incluyendo la Integración social. Ubicándose el Departamento de relaciones institucionales/área familiar en Avenida Colón 4709; el Centro de día Evaluación y Diagnóstico en Ayacucho 5081; La Comunidad terapéutica "Intí Huasí" en Los Arrayanes 6462 y el Departamento de Integración Social ambulatorio en Ayacucho 5075.

Para llevar a cabo la investigación se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Definir la intervención profesional del Trabajador Social en las instituciones del ámbito público y privado de la ciudad de Mar del Plata en el abordaje de los modelos de tratamiento de adicciones que se llevan a cabo en dichas estructuras en los últimos cinco años.

Objetivos específicos

- Especificar la intervención profesional del Trabajador Social tanto en la institución privada como en la pública.
- Analizar la relación del Trabajo Social con las diferentes disciplinas dentro de las instituciones del ámbito público y privado, realizando un análisis comparativo de las mismas.

Principales momentos de la investigación

El presente trabajo guarda coherencia con la intervención desde el Trabajo social, a partir de los siguientes momentos:

- **Perspectiva Teórica-Metodológica:** se detallan los aspectos donde se ha descripto el tipo de estudio, la técnica utilizada y el acceso al campo.
- **Perspectiva Teórica:** se desarrollan los principales aspectos teóricos para contextualizar el objeto de estudio para su comprensión.
- **Análisis de los Resultados:** se presentan los resultados a través del análisis, reflexión e interpretación de los datos.
- **Conclusiones** a las que se hemos arribado y la **Propuesta de Trabajo** desde la disciplina.

MOMENTO I

Contexto Global

El fin del siglo se enmarca en una gran tensión de doble proceso: **de globalización y de fragmentación.** Por un lado, asistimos a un proceso acelerado de globalización económica, pero además de la misma, se globalizan las pautas y expectativas de consumo, los campos culturales y por sobre todo configura un consenso global sobre el marco normativo de la acción política: los derechos humanos, la igualdad de género, la lucha contra la extrema pobreza y la democracia. Por el otro, observamos una gran tendencia a la fragmentación. Se acentúa la segmentación económica entre los países, pero más grave aún es la acelerada desintegración al interior de cada país. En definitiva, el Estado adquiere un nuevo rol, queda restringido a medidas focalizadas de asistencia a los más pobres, sin poder contrarrestar de modo sistemático la creciente desintegración social que genera el avance acelerado del mercado.[7]

El paradigma propuesto desde los grupos técnicos con acceso a los círculos de poder se estructura sobre dos ideas fuerza: **focalización y grupos vulnerables.**[8]

Para los autores Lo Vuolo Y Barbeito, la focalización implica en primer lugar una ayuda para resolver la crisis que se atribuye en gran medida al gasto desproporcionado en políticas públicas y en segundo lugar a dividir el mercado entre lo que se considera “bienes públicos” (los bienes básicos destinados a los pobres) y bienes privados (supuestamente más sofisticados, demandados por quienes tienen capacidad de demandarlos)[9].

Dichos autores analizan las consecuencias de una política localizadora hacia sectores marginales, 1) reduce el objetivo de la política social impacto redistributivo del gasto, 2) se ocupa de los efectos y no de las causas de la pobreza, 3) ignora las positivas externalidades sociales producidas por una política

---

[7] Lo Vuolo y Barbeito. (1991). *“Transformaciones de la economía y el Estado de Bienestar argentino”.* Bs.As.

[8] Op. Cit 7.

[9] Op. Cit 1.

de alcance universal, 4) no discute las ineficiencias y el alto costo de la provisión privada, 5) sus evaluaciones se basan en criterios estáticos y no toman en consideración los problemas de la dinámica del fenómeno de la distribución del ingreso y de la propia situación de pobreza. Siendo la tendencia en materia de política social basada en una noción residual.[10]

A partir de lo expuesto creemos que es necesario definir conceptualmente los términos Globalización, mundialización y fragmentación, ya que consideramos que son fenómenos significativos de los cambios sociales, políticos y económicos percibidos en la sociedad.

Coincidiendo con [11]Raúl, Bernal Meza quien define a la **globalización** como un proceso que da cuenta de la intensificación de los flujos portadores, en espacio y tiempo de nuevas formas de pensar, de producción, vinculación y relación.

Ha pasado a ser un paradigma, un modelo ideológico bajo el cual se justifican políticas nacionales e internacionales, cuyas consecuencias se están internalizando en los países.

Este proceso avanza, sin ninguna reflexión profunda sobre su naturaleza, causas y consecuencias.

Sostiene una asociación entre desiguales, con una hegemonía de los más poderosos.

El estado no tiene otra opción que aceptar la globalización, busca convencer que gracias a esas libertades el mercado puede autorregularse sin intervención estatal.

Hirschjoachim[12] rescata cuatro dimensiones del término Globalización:

- **En lo técnico:** Se relaciona sobre todo con la implementación de nuevas tecnologías, que agilizan las posibilidades modernas de información.

[10] Op. Cit 1.

[11] Bernal, Mesa Raúl Cuadernillo I de Teoría y Planificación del desarrollo. Mar del Plata. 2008.

[12] Lorea, Carla. (2006). Tesis de grado. "*Un análisis interpretativo acerca de los paradigmas e intervenciones frente al consumo de drogas".* Tandil.

- **En lo político:** El surgimiento de la globalización se relaciona con el fin de la guerra fría y la división del mundo en dos bloques enemigos.

  Tras la caída de la Unión Soviética se presenta como definitivo el modelo democrático liberal.
- **En lo ideológico-cultural:** Se puede entender como la universalización de determinados modelos de valor. Por ejemplo el reconocimiento de los principios liberales-democráticos y de los derechos humanos. Pero sin embargo, puede entenderse como la generalización del modelo de consumo capitalista.
- **En lo económico:** Hace referencia a la liberación del trafico de mercancías, servicios, dinero y capitales, a la internacionalización de la producción y también a la posición cada vez más dominantes de las empresas multinacionales

Según José m. Vidal Villa[13] la **mundialización** es la culminación del proceso histórico de expansión del capital y el efecto de sus propias leyes. La tecnología moderna es el soporte del modelo de mundialización. La característica más importante de ella son las siguientes:

Producción en masa a ritmo acelerado, segmentación de los procesos productivos, control de los procesos a distancia, rapidez y eficiencia en el transporte, homogenización de productos de ámbitos de consumo de ventas, etc.

El modelo de industrialización sobre el que se asienta la **mundialización** tiene efectos perversos; destrucción del medio ambiente y el agotamiento de recursos no renovables[14].

Las empresas multinacionales son el agente activo del proceso de mundialización. Esta última requiere la libre movilidad del capital a escala mundial y también la de la fuerza de trabajo.

---

[13] Op. Cit. 11.

[14] Op. Cit. 11.

Como consecuencia de todas estas características el proceso de mundialización aumenta la polarización entre ricos y pobres fundando el desarrollo desigual[15].

El principal obstáculo que se opone a este proceso es la supervivencia de los estados nacionales que permite la subsistencia de condiciones internas diferentes en cada país y que, por tanto, dificulta la homogenización mundial[16].

Citando a Lechener[17], en su intento por analizar la **fragmentación[18]** aduce que, el reto de los países latinoamericanos ésta a la vista: compatibilizar la integración a la economía mundial con la integración social, el debate sobre el estado y mercado contribuye a dicho desafío a través de dos conclusiones: ni el mercado ni el Estado logran por sí solos compatibilizar las exigencias del desarrollo socioeconómico y las condiciones para una consolidación democrática, tampoco existe una división de funciones que asigne al Estado la integración nacional y al mercado la inserción internacional.

Podría decirse entonces que las reformas implementadas por el Estado para apalear la crisis heredada repercuten de manera significativa en la sociedad.

Es decir que la alborada del milenio nos encuentra ante el fenómeno de recrudecimiento de la pobreza tanto en sus dimensiones cuanti como cualitativas. La pobreza tiene nuevos rostros, contenidos y significaciones… desde el discurso dominante la pobreza parece cada vez más natural, pero a su vez constituye un problema no solo para los pobres.

---

[15] Op. Cit. 11.

[16] Op. Cit. 11.

[17] Lechner, Norberto. (1993). "*El debate sobre el Estado y el mercado"*. Pág.118. Espacio.

[18] Bernardo Kliksberg. (1995)."*Claves en la Luchas para la Superación de la Pobreza".* Bs.As. Define la **fragmentación** como resultado de los intentos por resolver la creciente cantidad de cuestiones sociales.

El origen, la expansión, la diferenciación y la especialización de instituciones estatales y de las organizaciones privadas generan la operalización de las políticas sociales dispersas, diferenciadas y desintegradas.

Los pobres (victimas de la desigualdad distribución de bienes y servicios socialmente producidos), son responsabilizados de su pobreza, valorados como sujetos débiles e ineptos, pero potencialmente peligrosos para el modelo. En este marco los "pobres estructurales" constituyen el objeto legitimo de la asistencia hacia ellos se "focalizan" sus acotadas políticas y se considera a los "nuevos pobres" como sujetos que no han sabido "reconvertirse" en los términos que la modernización sugiere y que deben por tanto hacerse cargo de tal situación "resignarse".[19]

En este sentido el fenómeno denominado *crisis del Estado de Bienestar* (que se transforma en una vicisitud global de la sociedad a favor de los intereses del capital financiero) se convierte en la principal generadora de desigualdad social, y como circunstancias proveedoras de condiciones para la violación de los derechos humanos en la última década[20].

Así se relacionan la matriz política con el funcionamiento y determinación de las políticas públicas. *En salud*, por ejemplo mientras el subsistema de obras sociales[21], cuya administración se vincula a las cúpulas sindicales, realiza el gasto más importante gracias a la captación de una parte del impuesto sobre el salario, el subsistema de hospitales absorbe recursos mucho menores pero carga con la

[19] Melano, María Cristina. (1995)."*Trabajo Social y Pobreza*". Pág. 13. Ponencia presentada en el XV Congreso Latinoamericano de Trabajo Social. Guatemala.

[20] Op. Cit. 11.

[21] En Argentina, el esquema institucional de prestación pública de servicios de salud se integra con dos subsistemas: 1) El dependiente de las administraciones públicas nacionales, provinciales y municipales 2) El conjunto de las obras sociales. Estos subsistemas interactúan con el sector privado a través de la red de empresas de diagnóstico, clínicas y sanatorios. Existen además seguros o prepagos médicos que contratan sus servicios con el sector privado. El subsector dependiente de la administración pública financia sus actividades con recursos captados de rentas generales. En cuanto al financiamiento del subsistema de obras sociales se produce mediante la obligatoriedad de la afiliación y contribución, por lo que cada ciudadano y cada miembro del grupo familiar pueden estar afiliados a varias obras sociales. Lo Vuolo y Barbeito.

responsabilidad de atender a los enfermos crónicos y a los grupos más vulnerables[22].

Esta situación deriva en una falta de ordenamiento y control efectivo desde el poder político, lo cual consolida un modelo de prestación donde predomina el biologismo, el individualismo, las prácticas exageradamente mercantilizadas y la búsqueda de la eficacia terapéutica como objetivo principal. El médico se ubica en el centro de este modelo, interactuando con los laboratorios y los proveedores de equipos, lo cual, define una clara tendencia hacia la especialización y la preeminencia de una conducta curativa, de elevada medicalización y con incorporación no racional de tecnología.[23]

Esto a su vez genera fuertes disparidades entre los profesionales. Mientras un grupo se proletariza, principalmente en las instituciones del sector público, otros concentran los recursos e imponen la dinámica del área desde la actividad privada.

Aunque es cierto que el Banco Mundial provee líneas de financiamiento para acciones en materias de políticas social, estas están condicionadas por la prioridad de dicho organismo internacional. Así, los recursos son destinados a determinadas problemáticas que no son las realmente sentidas por los sectores populares, por ejemplo, campañas de drogadicción masivas.

La fragmentación institucional, la mala calidad o ausencia de los servicios así como las inequidades que se verifican al interior de los programas, conforman un panorama donde las instituciones originariamente pensadas como instrumentos legitimadores del poder político se vuelven sobre su propio sistema político administrativo y erosionan sus bases de legitimidad[24].

---

[22] Es necesario agregar que, debido a la insatisfacción que posee la clase media con respecto a las obras sociales, a la incapacidad de seguir pagando por medicina prepaga a provocado que el hospital público se convierta en el proveedor principal de servicios para la clase media venida a bajo, incapacitada ahora de mantener su costo anterior de vida. Minujín. Anguita

[23] Op. Cit. 1.

[24] Op. Cit. 1.

Es así como las políticas sociales en el retorno de la democracia chocaron con la necesidad de ajustar las cuentas públicas. Todo esto genero un confuso panorama donde las urgencias de cambio facilitaron la imposición de profundas transformaciones institucionales en el conjunto del sistema de políticas públicas[25].

[25] Op. Cit. 1.

Modelos de interpretación en drogodependencias

Antes de definir los diferentes modos conceptuales de abordaje frente a las drogas podemos detenernos en el concepto de Modelos, los cuales pueden ser definidos:

"(...) como instrumentos conceptuales, que permiten profundizar la relación entre la creación de la teoría, la transmisión del conocimiento y la intervención en la práctica, desde una perspectiva contextualizada. Es decir, en relación a las diferentes circunstancias sociales, económicas y políticas que son el soporte donde éste se desarrolla y la influencia de cambios históricos vinculados a esto último[26]"

Modelo ético jurídico

Este modelo surgió en los años 50 en los países centrales. Es en algunos países como Estados Unidos e Inglaterra en donde las drogas van a ser asociadas con los ghettos de las grandes ciudades, con los inmigrantes hispanos y negros, es decir, con los sectores marginados de esos países[27].

Este modelo se centró en la sustancia y enfatizó las medidas legales y penales ya que existía la asociación drogas-marginalidad tal como se manifestaba en los Estados Unidos e Inglaterra. En América Latina se asociaba a su vez, las drogas con la clase baja y la violencia. Desde su discurso se comienza a clasificar las sustancias de acuerdo al criterio de legalidad e ilegalidad.

Si nos remitimos específicamente al alcohol, a principio de siglo y antes también, nos podemos encontrar con que su consumo era asociado a la peligrosidad, a los inmigrantes, a los portadores del mal, como se los denominaba

[26] Carballeda, Alfredo. (1997). *"La posibilidad de utilización de la noción de modelo como instrumento de estudio y análisis en el campo de la salud".* En revista Ciencia, docencia y tecnología.

[27] Escotado, Antonio. (1994).*"las drogas. De los origenes a la prohibición".*Madrid. Alianza.

a muchos de ellos, como así también representaba, para algunos, una forma de protesta.[28]

Desde este modelo se veía como sumamente peligroso todo aquello que rodeaba al consumo de drogas. Este era considerado desde el punto de vista de una patología o un vicio, dependiendo de los tipos de drogas y los casos.

El modelo ético jurídico va a detallar las consecuencias que padece el sujeto "delincuente". La visión que planteó fue individual tal vez porque las condiciones aún no estaban dadas como para efectuar una interpretación desde un punto de vista social. Esto puede ser comprobado a medida que vayamos transitando los diferentes modelos y podamos visualizar cuáles fueron los distintos tipos de respuesta que se fueron otorgando para cada momento y desde qué lugares se fueron esgrimiendo las mismas.[29]

Este modelo se sustenta en la consideración de que el abuso de sustancias ilegales es en sí mismo una conducta delictiva causante de las drogodependencias, ante la que se deben adoptar medidas punitivas.

La sustancia como agente corruptor; consecuentemente, el sujeto se identifica como un ser delincuente e inmoral responsable de su adicción.

Este tipo de enfoque persigue[30]:

---

[28] Si nos remitimos al año 1920 con la Ley seca... "en esa época el término < cultura de la taberna>funcionó como etiquetante, de aquellos que se ubican por fuera de la concepción puritana. La aplicación de la Ley, generó una nueva significación simbólica del alcohol y del consumo de este. En la sociedad norteamericana, ya no se bebía para olvidar. El consumo de bebidas alcohólicas, en algunos sectores, formaba parte de protestas, algo similar ocurrió en las décadas del cincuenta y de los sesenta con los alucinógenos. El ingerir alcohol, empezaba a asociarse con el peligro y hasta llegó a transformarse en una especie de ostentación económica, debido a la dificultad para adquirirlo. Carballeda, A. (1990). "Alcoholismo, Puritanismo y el discurso de la drogadicción" en Salud, problema y debate. Año II, N°4. Bs. As. Pág.68.

[29] Guía de Estudios y Capacitación para directores y coordinadores de programas preventivos. (1995). Secretaría de Atención de las adicciones. Programa 10.000 líderes para el cambio.

[30] Op. Cit.29.

- Divulgar las terribles consecuencias que su utilización genera, destacando tanto los efectos nocivos de las drogas, como las penas reglamentadas por su cultivo, producción, distribución, venta, uso y posesión.
- Aislar al drogodependiente del resto de la sociedad.
- Convertir la amenaza y el castigo en estrategias fundamentales con las que alcanzar sus objetivos.

Ahora bien, continuando con nuestro desarrollo, a partir de la década del 60 podemos hablar del modelo médico sanitario. Aquí al consumidor se lo considera como enfermo, enfermo que requiere curación. [31]

En el caso de los Estados unidos el consumo de drogas no era ya una realidad propia de los ghettos urbanos sino que su consumo se extendía a otros sectores de la población en especial a los sectores medios y esto comenzaba a preocupar a las altas esferas gubernamentales. Aquí deja de hablarse de drogas legales e ilegales y se las clasifica en drogas duras y blandas.[32]

Desde este modelo lo que primero se plantea es la desintoxicación. Se trabaja también con drogas de sustitución, las cuales son utilizadas en un 90% con adictos de heroína (sustituyen por una sustancia llamada metadona, la cual tendría los mismos efectos que la heroína pero menos adictiva). Aquí se comienza a utilizar la palabra dependencia como sinónimo de adicción. Cabe señalar que el modelo de reducción de daños se inició en el año 1930 en Inglaterra con los programas de mantenimiento y sustitución con metadona.[33]

---

[31] Carballeda, A. (1992). *"La Drogodependencia y los Mitos: Alucinógenos, hippismo y juventud en los Estados Unidos".*

[32] Op. Cit. 31.

[33] "…la metadona es un opiáceo sintético cinco veces más adictivo que la morfina, que se emplea en Europa y los Estados Unidos como sustituto de la heroína. Sólo sustituye la droga de eyección del toxicómano por la droga de elección del sistema sanitario. Y sostiene como objetivo una ficción: la abstinencia a la heroína.

"(…) a mediados de la década del 60 se planteaba la problemática adictiva como una lucha entre el bien y el mal, y se empieza a hablar de droga como sinónimo de virus contagioso. Las propuestas preventivas apuntaban a la consolidación de la familia, la búsqueda de modelos sólidos y básicamente a un retorno a los valores puritanos"[34]

Cabe agregar aquí que una de las características a nivel preventivo, dentro de este modelo, es generar el temor a la drogas en el ámbito educacional. Este modelo de prevención llega a nuestro país años más tarde.

Este modelo de enfoque se sustenta en la idea de drogadicto como víctima de una enfermedad.

Destaca la droga como agente agresor, no ya como corruptor, de la salud pública sin importar el estatus legal de la misma.

Este modelo persigue[35]:

- Curar al drogodependiente, manteniéndolo aislado del resto de la sociedad para evitar contagios y preservar así la salud pública.
- Informar acerca de los riesgos que conlleva el consumo de drogas para el organismo. En esta línea, se sitúan la mayoría de las estrategias preventivas realizadas hasta la fecha: charlas en los colegios, folletos divulgativos repletos de advertencias y recomendaciones, mensajes televisados, etc.
- Prevenir y curar como si de cualquier otra enfermedad infecciosa se tratara.

Sobre finales de la década del 60 aparece el modelo denominado psicosocial el cual se centra en el sujeto, su comportamiento y en las necesidades que lo llevan al uso de drogas. Se tiene en cuenta el contexto inmediato, la familia, el grupo de pares. Se enfatiza desde la perspectiva de las conductas, valores y

[34] Op. Cit. 31.

[35] Guía de estudios y capacitación para directores y coordinadores. Secretaria de prevención y asistencia de las adicciones..

actitudes de los consumidores. Desde este modelo se acentuó el estereotipo del adicto como enfermo como así también se acentuó el calificativo de “desviado social” a todo aquel que consumía o era adicto a las drogas.[36]

Es sobre esta década donde se puede visualizar, en los países centrales, que se produce cierto incremento en el consumo de heroína. Debido a que los Estados Unidos analiza “la droga” como enemigo externo se comienza a desarrollar campañas preventivas en América Latina a través de las embajadas.

De modo que los países latinoamericanos van a sancionar leyes similares que harán hincapié en el encuadre de tipo jurídico.

Este modelo se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. La drogodependencia es una forma más de comportamiento humano que se debe analizar según los principios que rigen toda la conducta.

Este modelo destaca al ser humano con sus necesidades psicológicas y sociales, relegándose a un segundo plano la sustancia que, por sí misma, no justificaría el origen del problema.

Persigue[37]:

- Ofrecer alternativas positivas al consumo de drogas con el fin de reducir la demanda de éstas.
- Tratar al drogodependiente como a una persona con dificultades de adaptación, maduración o desarrollo.
- Dar cabida a los programas de prevención inespecífica y educación para la salud destinados a frenar tanto la magnitud de los problemas adictivos como a cualquier otra conducta desadaptativa.
- Pulir los programas preventivos: desde este planteamiento el recurso al miedo o al castigo carecen de utilidad. La formación e información se convierten en importantes estrategias encaminadas a favorecer la toma de decisiones razonadas y saludables con respecto al uso indebido de drogas.

[36] Op. Cit. 31.

[37] Op. Cit. 31.

En la década del 70 va a surgir el modelo sociocultural el cual va a enfatizar el contexto total, esto es, las condiciones ambientales, socioeconómicas y su relación con el individuo y su comportamiento. Desde aquí se va a asociar el consumo de drogas con poblaciones marginales, de este modo, va a centrar la atención a determinados grupos sociales.

"la clasificación de las drogas que propone el modelo sociocultural, enfatiza en los distintos patrones culturales y en las consecuencias sociales de su uso –existe en este aspecto una vinculación con el modelo ético-jurídico-. De esta forma, el consumidor o adicto queda ligado a una victimización que es relacionada rápidamente con el contexto".[38]

Este modelo reduce la condición económica a una asociación drogas-pobreza, es decir, prioriza el impacto económico sobre una clase social: la subordinada. De modo que el consumidor representaría una víctima producto de las presiones sociales, especialmente la pobreza como así también el de las costumbres y relaciones con sus grupos de pares.

Este modelo se sustenta en el siguiente planteamiento: "una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la cual viven y se desenvuelven los consumidores de drogas, ni dejar de considerar el aspecto propiamente cultural del uso de ciertas drogas por parte de ciertos grupos. Las desigualdades, la falta de empleo, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación, la organización del trabajo y la ideología dominante son concebidas como tantos factores causantes de la aparición masiva de la fármacodependencia en algunas sociedades. El entorno cultural determina, a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo.

Destaca la complejidad y la vulnerabilidad del contexto más allá de los efectos de la drogas y del propio individuo.

Este modelo persigue[39]:

[38] Op. Cit. 35.

[39] Op. Cit.31.

- Mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente en el que las necesidades que se cubren mediante el consumo de drogas puedan satisfacerse a través de otras conductas menos perjudiciales.
- Implicar a la sociedad en su conjunto, sobre todo los sistemas educativo y sanitario, para que disminuyan la aceptabilidad social de las drogas y varíen los valores que están manteniendo su consumo.

En la década del 80 específicamente en el año 1987 la CONACUID (Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas) de Venezuela propone utilizar el modelo geopolítico. Es sobre esta década donde el consumo de cocaína comienza a preocupar ya que, para el caso de nuestro país, se constituye en un problema de seguridad nacional.

Es en ésta década donde la cocaína se convierte en la droga principal y sobre la cual recae la preocupación continental.

Desde el modelo geopolítico se va a hablar de países víctimas y victimarios desde aquí no se va ha hacer diferencias entre el delincuente y el traficante, entre el enfermo y el consumidor.

Este modelo persigue[40]:

- Superar los enfoques clásicos que resultan ineficaces en las circunstancias latinoamericanas.
- Educar y superar las condiciones de vida de los pequeños narcotraficantes que, más que delincuentes, son víctimas del analfabetismo y la pobreza.
- Modificar los actores sociopolíticos, económicos y culturales que originan y perpetúan el consumo de drogas.

El objetivo de describir los diferentes modelos de interpretación que han influenciado el análisis del fenómeno adictivo a lo largo de la historia, responde a varios motivos. Por un lado demostrar que las respuestas que nuestro país a dado tiene que ver con reproducciones conceptuales que fueron elaboradas en los países centrales en especial en los Estados Unidos lo cual responde a su realidad histórica, económica, social, es decir los diferentes enfoques son realizados

[40] Op. Cit 35.

teniendo en cuenta su contexto particular y específico. Por el otro lado, demostrar que cada país debe encontrar o ubicar las respuestas en la estructura de la sociedad.

Estos motivos traen consecuencias negativas tales como la inadecuación entre lo que representa el fenómeno adictivo en nuestro país y los criterios que provienen de los Estados Unidos o Europa.

MOMENTO II

PERSPECTIVA TEÓRICA - METODOLÓGICA

Aspectos Metodológicos

La metodología que utilizaremos en nuestra investigación es de carácter cualitativo, de tipo exploratorio- descriptivo[41], basada en el conocimiento y análisis de la intervención profesional del Trabajador Social en instituciones dedicadas al abordaje de la problemática de adicciones. Se realizara un relevamiento institucional en "Casa Abierta", "Centro Provincial de Atención de las Adicciones", "Plan Be" y "Posada del Intí". Desde el mes de mayo de 2010 hasta el mes de febrero de 2011; Siendo estas las organizaciones referentes al tratamiento de adicciones dentro de la ciudad de Mar del Plata.

Utilizaremos la técnica de observación, así como también la elaboración de un protocolo de entrevista semi-estructurada que nos permita identificar, la intervención profesional del Trabajador Social en dichas instituciones (posicionamiento del Trabajador Social respecto al fenómeno adictivo, trabajo social individual, familiar y comunitario, trabajo interdisciplinario o multidisciplinario, trabajo en red, etc.), la dinámica institucional (tipo de organización, estructura organizativa, poder y autoridad dentro de la misma, proceso de comunicación, composición del equipo profesional, etc.) las modalidades de abordaje de los tratamientos (ambulatorio, hospital de día, modalidad de reducción de daño, consultorio externo, comunidad terapéutica, etc.)

Nuestra investigación es ***cualitativa***, ya que comprendemos que el conocimiento es un producto cultural, y en conformidad con Ester Díaz[42] *"una manera de relacionarnos con la realidad"*.

La investigación cualitativa nos acerca a las experiencias y puntos de vista de los actores sociales que nos interesan. Nos hacen ir más allá de lo que tomamos por dado, de los presupuestos de la realidad social: primero, porque toma en serio el conocimiento, experiencia, perspectiva de esa misma gente, segundo: porque abarca a la complejidad de la vida real y tercero porque las

---

[41] Taylor, Sy R. Bodgam. (1990) *"Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*". Bs. As. Paidós.

[42] Días, Esther. (1997). *"Metodología de las Ciencias Sociales".* Bs. As. Biblio..

metodologías cualitativas son flexibles dejando lugar a que se incorpore lo que el investigador va aprendiendo sobre la ruta.

El enfoque sobre lo cualitativo es importante no solamente porque nos acerca a las verdades vividas de las personas, sino también porque es una perspectiva más concreta sobre las experiencias vividas y las perspectivas de los actores sociales son necesarias para desarrollar políticas sociales eficaces. [43]

En la metodología cualitativa "*El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística: las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados un todo" [44]*

La forma que cobra el diseño de investigación la determina el nivel de complejidad vinculante al problema, es decir, *tipo de investigación* a realizar; fragmento de la población (muestra del universo de análisis) en que se recogerán los datos; *instrumento o técnica* que se usará para almacenar los datos y el *análisis* de información acopiada, para poder responder a los objetivos específicos planteados en la investigación.[45]

Asimismo y en correlación con los conocimientos que deseamos adquirir centrados en objetivos de investigación, la presente es de carácter **explorativo-descriptivo,** *"Las investigaciones descriptivas no se distinguen de las explicativas por un límite bien preciso y marcado. Si la descripción de un fenómeno es suficientemente completa, si se relacionan entre sí las variables que utilizamos para hacerla y si se emplean adecuados criterios teóricos para analizar los datos tendremos, al final de nuestra descripción, algo más que una simple visión panorámica de lo que nos ocupa: estaremos en condiciones de entenderlo, en el sentido más completo de la palabra, lo cual supone llegar a una explicación".* [46]

---

[43] Seminario: Metodologías Cualitativas. (2010). "*Herramientas para la Intervención".* (Seminario ofrecido por CEREMAP Y Subsecretaria de Extensión.

[44] Op. Cit. 41.

[45] Op. Cit. 20.

[46] Sabino, Carlos. (1998). *"El Proceso de Investigación".*

La Investigación exploratoria, *se efectúa, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.*

La Investigación descriptiva, en ella no se formula hipótesis y las variables aparecen enunciadas en los objetivos de investigación.

MOMENTO III

PERSPECTIVA TEÓRICA

Contexto Espacial

Situándonos en la ciudad de Mar del Plata, decidimos investigar la intervención profesional del Trabajador Social y la dinámica institucional en los distintos modelos de abordaje de los tratamientos de adicciones de los últimos cinco años.

Al hacer referencia a lo público decidimos centrarnos en el CPA Centro Provincial de las Adicciones. El CPA forma parte de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA) dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires. Situado en la Calle Buenos Aires Nº 2855.

Haciendo mención al ámbito privado se analizara dentro de las instituciones “Casa Abierta”, Hospital de día, situada en Gascón Nº 1251 y ” Plan Be”, un dispositivo de abordaje ambulatorio, por consultorio externo, para el tratamiento de personas y su entorno; afectados por el consumo inadecuado y desadaptado de sustancias adictivas con o sin patologías asociadas. El mismo se encuentra situado en Garay Nº 1770

“Posada del Intí”, es un Programa de Promoción de la Salud Integral, Prevención y Asistencia de las conductas adictivas, incluyendo la Integración social. Ubicándose el Departamento de relaciones institucionales/área familiar en Avenida Colón Nº 4709; el Centro de día Evaluación y Diagnostico en Ayacucho Nº 5081; La Comunidad terapéutica “Intí Huasí” en Los Arrayanes Nº 6462 y el Departamento de Integración Social ambulatorio en Ayacucho Nº 5075.

Política Social

Hablar de Políticas Sociales es hablar, de un sistema de Acción Social que comprende un enfoque integrador en la "búsqueda permanente de una sociedad de bienestar". Plantearla es integrar enfoques de Salud, de Educación, de Seguridad Social, Producción de Empleo, Vivienda, Recreación, etc. Es la representación de objetivos a lograr a través de una serie de cursos de acción cuyo fin es obtener efectos deliberados en un radio social determinado.[47]

Es entonces mucho más que dar comida, instruir o brindar atención médica comprende a la promoción del hombre como prioridad y para su desarrollo se afirma en tres soportes: sustentabilidad, equidad, solidaridad. Estos tres conceptos deben ser la trilogía que timonee la Política Social de un gobierno, y no hay duda qué las Instituciones con un objetivo social son las que más comprometidas debieran estar en estos principios.[48]

El gobierno tiene en la aplicación de las Políticas Sociales, una gran asignatura pendiente, debe replantearse su rol paternalista que sólo fomenta el clientelismo y planificar desde una modalidad participante, evitando financiar proyectos que como ofertas se estructuran de manera aislada.[49]

El objetivo de un programa asistencial nunca debe ser el clientelismo, se supone que el objetivo mayor es contribuir a la salud comunitaria desde la satisfacción de necesidades básicas, por lo cual es imprescindible y necesario recrear **Políticas Sociales Humanizadas,** personalizando al hombre como eje de las acciones y principal protagonista del cambio. [50]

La Política de salud es parte integrante de la **Política Social** y ésta a su vez debe integrarse a los objetivos generales de la política económica.

---

[47] Kirchner, Alicia M. (2003). La Gestión de los Saberes Sociales."Algo más que Gerencia Social". Espacio. Bs.As.

[48] Op. Cit. 47.

[49] Estrada Ospina, Víctor M. Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud? Espacio. Bs.As.

[50] Aquín, Nora. (2006). Reconstruyendo lo social. "Prácticas y experiencias de Investigación desde el Trabajo Social". Espacio. Bs.As.

Es importante tener presente que la posibilidad inicial de definir una política para la salud debe pasar por tomar en cuenta las explicaciones que se deben de la causalidad del problema salud-enfermedad, en el marco de las determinaciones sociales que operan en el proceso global; sin embargo, se debe precisar que este no constituye el único asunto que debe ser tenido en cuenta, porque existe otro elemento alusivo al hecho que "la salud aparece con toda claridad a través del proceso de trabajo como un problema básicamente político. La salud dentro del proceso capitalista ha sido siempre un **proceso político**. Es desde esta perspectiva que señalamos que tanto el modelo médico, como el modelo de los médicos constituido en el desarrollo capitalista, han funcionado para enmascarar, para escindir la necesaria función política de la enfermedad, y sobre todo de la salud laboral".[51]

Las Políticas de Salud han sido definidas explícitas o implícitamente por los Estados: estas políticas, como sabemos, más que de salud han sido políticas en contra de la enfermedad.

En consecuencia, para poder analizar la Política de Salud, el sistema nacional de salud y los planes nacionales de salud hay que tomar en consideración tres aspectos esenciales que fueron señalados por las Naciones Unidas, los cuales no fueron tenidos en cuenta por los poderes decisores de las políticas estatales o gubernamentales: "la salud está indisolublemente unida al sistema económico y político del país concreto donde se la considere; los conflictos en el campo de la salud son el reflejo de los conflictos del país en cuestión; la introducción de reformas en las políticas de salud carecen de significado si no hay cambios básicos en el orden social vigente".

Interpretar el proceso salud-enfermedad como fenómeno colectivo y social impone la necesidad de una revalorización de los presupuestos epistemológicos que se han utilizado tradicionalmente en el campo de la investigación realizada en salud. No es suficiente que definamos o entendamos la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de

[51] Op. Cit.4.

afecciones o enfermedades", si lo hacemos ignorando el contexto, es decir, el papel que juega la organización económica, política, social y cultural, etc. en la distribución diferencial de la morbi-mortalidad en la población y la naturaleza del proceso salud-enfermedad en relación con la estructura de la sociedad. [52]

Si bien esta definición significa un avance con respecto a las definiciones de salud-enfermedad formuladas dentro de una concepción biológica o ecológica, unicausal o multicausal, no puede ser tomada como un criterio absoluto ya que el de completo bienestar físico, mental y social no existe en una sociedad diferenciada socialmente y en la cual las determinaciones económicas, sociales, políticas y culturales, etc. Juegan un papel decisivo en la distribución de la morbi-mortalidad de la población.

La revalorización conceptual, epistemológica y metodológica que se propugna, ha de considerar la enfermedad y sobre todo la salud en el contexto de las determinaciones económicas, sociales, culturales, políticas, psicológicas, etc. Que operan en el proceso global, desde la etiología hasta la curación, lo cual constituye la posibilidad inicial de generar un conocimiento que permita definir una política pública social para la salud centrada en la vida, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y en menor medida que permita atender la curación y la reparación.[53]

La salud –enfermedad es ante todo un problema político; es en esta perspectiva como puede entenderse la tensión conflictiva generada por la superposición existente entre el modelo médico privado y el modelo administrativo de la salud pública, que en la práctica trata de ser resuelto por la mayoría de profesionales y técnicos vinculados a los ministerios y secretarías de salud, escindiendo el mundo de la política, de la práctica social concreta que desarrollan o del papel que en este nivel pueden cumplir desde el punto de vista racional.

---

[52] Op. Cit. 2.

[53] [53] Op. Cit. 2.

La falta de comprensión y distinción entre la formación de políticas constituye el segundo problema político de salud.[54]

En la Argentina ocurre una situación peculiar. Por un lado, el **Estado** ha abandonado muchos aspectos de la salud de la población en los últimos años. Por otro, considera a los adictos delincuentes y/o enfermos, cercanos al vicio, a la infracción y a la mala intención. Bajo este discurso negativo el adicto/usuario queda estigmatizado, anclado en el sitio que estos modelos construyeron para él.

Sin embargo, diversos estudios muestran que no puede hacerse prevención desde lo negativo; la prevención es apertura, no cierre de posibilidades.[55]

En la actualidad, quienes consumen drogas portan una marca negativa que lleva a la población en general a creer que no son merecedores de **políticas estatales** que les brinden una mejor calidad de vida. Esta representación social de los consumidores sólo provoca consecuencias no deseables. La problemática de la drogadicción varía según la persona, el tipo de droga y el contexto social, etc.

Si bien estas variaciones hablan de la complejidad del tema, constituyen las únicas claves para poder desarrollar estrategias de prevención.[56]

La situación social no puede seguir siendo una responsabilidad absoluta del Estado, sino que su magnitud e implicaciones conllevan a todos los sectores a asumir compromisos reales, conjugando esfuerzos y recursos para la resolución de la problemática que frena el desarrollo social del país.[57]

Instituciones

La institución es el conjunto de las formas y estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones, nos preexiste y se nos

[54] Op. Cit.4.

[55] Carballeda, Alfredo Juan M. (2008). *"Drogadicción y Sociedad".* Bs.As. Espacio.

[56] Kornblit, Ana L. y Mendes Diz, Ana M. Salud y Adolescencia. Bs. As. Aique.

[57] Carballeda, Juan M. (2008). Salud e intervención en lo social. Bs. As. Espacio.

impone a nosotros: se inscribe en la permanencia. Cada institución tiene una finalidad que la identifica y distingue.[58]

La institución vincula, reúne y administra formaciones y procesos heterogéneos; sociales, políticos, culturales y económicos, psíquicos. Funcionan allí lógicas diferentes en espacios que se comunican e interfieren y se constituye una doble relación: del sujeto singular con la institución y de un conjunto de sujetos ligados por y en la institución, con capacidad de tolerar el funcionamiento de niveles relativamente heterogéneos, lógicas diferentes que permiten construir una historia con muchos espacios que a veces se mantienen unidos o entran en crisis, que pone en cuestión la institución y la relación de cada uno con la institución: anula contratos, pactos, acuerdos y consensos y produce distintos niveles de sufrimiento psíquico.[59]

Las instituciones pueden ser más o menos rígidas, más o menos democráticas, más o menos inclusivas y están estrechamente vinculadas al modelo del país de que se trate. Por eso, para hablar de ellas necesariamente tenemos que hacer referencia a la cuestión del papel histórico de la significación del Estado.[60]

En este sentido, hay que tener en cuenta que en cada momento histórico, una cosa es el gobierno y otra el sector social dominante que es quien posee el verdadero poder del Estado y que lo pone al servicio de su clase.[61]

Poder y Autoridad

French y Raven, citados por Scott y Mitchell, definen al poder “en términos de influencia, y a ésta con arreglo al cambio psicológico”[62]. Además, consideran que el poder proviene de cinco fuentes:

---

[58] Barg, Liliana, (2009). “*Las Tramas familiares en el campo de lo social”*. Bs.As. Espacio.

[59] Op. Cit. 50.

[60] Op. Cit. 50.

[61] Op.Cit.50.

[62] Subsecretaria de Atención de las Adicciones. (2006). Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Plan provincial de Atención de las Adicciones. Comunicación Institucional SADA.

- *Poder de Recompensa*: el número de incentivos positivos que el agente social puede ofrecer a otros. Éste depende no sólo de cierta cantidad absoluta sino también de la percepción del número de recompensas positivas que, según creen, un agente social puede movilizar.
- *Poder de Coerción*: el análisis de éste es similar al del poder de recompensa, con la única diferencia de que es la otra cara de la moneda.
- *Poder Legítimo*: se orienta en los valores internalizados que determinan que un agente social posea un derecho legítimo a ejercer influencia y que uno tenga la obligación de aceptar dicha influencia.
- *Poder de Referencia*: se basa en la identificación entre quienes son influidos y la persona que influye.
- *Poder del Experto*: la posesión del conocimiento experto funcional es el fundamento de esta forma de poder. En este caso, la medida del poder se basa ante todo en la percepción de la influencia del conocimiento poseído, por quien ejerce influencia, comparada con su propio conocimiento en determinado campo y cierto estándar absoluto.

Al mismo tiempo hay otras influencias que estos autores han omitido y estas tienen que ver con las consecuencias que se obtendrán como función del acatamiento o la falta de acatamiento, con los otros actores y con otras exigencias de la situación.

Por su parte, y desde el punto de vista de Max Weber, la autoridad es entendida como “el acatamiento voluntario e incondicionado de la gente, la cual cree que es legítimo que el superior le imponga su voluntad, y que es ilegítimo que ella se niegue a obedecer”.[63]

Desde la perspectiva de M. Foucault, si se habla del poder de las leyes, de las instituciones o de las ideologías, si se habla de estructuras o de mecanismos de poder, sólo es en la medida en la que se supone que "alguien" ejerce un poder sobre otros. El término de "poder" designa relaciones entre "miembros asociados" (al decir esto no se piensa en un sistema de juego, sino simplemente y

[63] Op. Cit 35.

permaneciendo por el momento en lo más general, en un conjunto de acciones que se inducen y que responden unas a otras).[64]

El ejercicio de poder no es simplemente el relacionamiento entre jugadores individuales y colectivos, es un modo en que ciertas acciones modifican otras. El poder existe solo cuando es puesto en acción, incluso si él está integrado a un campo disperso de posibilidades relacionadas a estructuras permanentes.[65]

Esto significa que el poder no es una función de consentimiento. En sí mismo no es una renuncia a la libertad, una transferencia de derechos, el poder de cada uno y de todos delegados a unos pocos; el relacionamiento de poder puede ser el resultado de un consentimiento más importante o permanente, pero no es por naturaleza la manifestación de un consenso.[66]

Lo que define una relación de poder es que este es un modo de acción que no opera directa o inmediatamente sobre los otros, en cambio el poder actúa sobre las acciones de los otros: una acción sobre otra acción, en aquellas acciones existentes o en aquellas que pueden generarse.[67]

El ejercicio del poder consiste en guiar la posibilidad de conducta y poner en orden sus efectos posibles. Básicamente es más una cuestión de gobierno que una confrontación entre dos adversarios o la unión de uno sobre otro.

Estructura Organizativa:

Desde la óptica de la estructura, una organización es un conjunto de personas trabajando juntas para lograr fines comunes. La función directiva fija la meta de una organización al definir los objetivos para lograr esos propósitos y formular estrategias para cumplir esos objetivos.

La definición de las metas le da a la organización la razón de existir. Las metas organizativas son los objetivos, estas motivan a que la gente trabaje en

[64] Focault, Michel. Un Dialogo sobre el Poder.

[65] Op. Cit. 63.

[66] Op. Cit. 63.

[67] Op. Cit. 59.

forma conjunta. Aunque cada meta individual es importante para la organización, es la meta global la que tiene primacía sobre todas las demás.

Finalmente, las estrategias son acciones especificas que permiten que la organización concrete sus objetivos y por lo tanto sus propósitos. Suponen el desarrollo de una estructura organizativa y de los procesos para llevar a cabo el trabajo en el seno de la institución.

La estructura organizativa es un sistema de tareas que conlleva unas relaciones de autoridad en el seno de la organización en la cual el trabajo se lleva a cabo. La estructura de la organización también define como encajan las distintas partes de la organización. Constituye el organigrama.

El objetivo de una estructura organizativa consiste en ordenar y coordinar las acciones de los empleados de manera tal que se pueda cumplir con los objetivos organizativos.

La premisa básica del esfuerzo organizativo es que la gente pueda lograr mayores resultados al trabajar en forma conjunta que separadamente.

La estructura organizativa se puede analizar de tres maneras diferentes:

Primero podemos analizar su configuración, su tamaño y organización interna guiándonos por el organigrama. En segundo término podemos considerar sus características o aspectos operativos tales como la separación de tareas específicas, las reglas y procedimientos y el proceso de toma de decisiones.

También se puede considerar a la estructura analizando la responsabilidad y la autoridad dentro de la organización.[68]

Según Mintzberg existen cinco partes fundamentales de la organización:

El núcleo de operaciones, constituye el centro de la organización, la parte que produce los resultados esenciales para su supervivencia, aunque requieren de las demás partes para lograr un adecuado funcionamiento.

---

[68] Kaufmann. Alicia E. *"El poder de las Organizaciones".* Comportamiento, estructura y entorno. Esic. Pág. 97-117.Bs.As.

La cumbre estratégica, se ocupa de que la organización cumpla efectivamente con su misión.

La línea media, la cumbre estratégica está unida al núcleo de operaciones mediante a cadena de directivos de la línea media, provistos de autoridad formal.

Todo directivo de línea mantiene contactos de enlace con otras jerarquías: analistas, miembros de staff de apoyo y personas de fuera cuyo trabajo sea interdependiente con el de su unidad.

Es importante mencionar que a medida que la organización crece y va adoptando divisiones de trabajo más complejas, entre sus operarios aumenta la necesidad de una supervisión directa.

La introducción de un directivo presenta, en la estructura, la primera división administrativa del trabajo entre los que realizan el trabajo y los que lo supervisan.

Cuando la organización va adquiriendo complejidad se van añadiendo más directivos, ya no sólo para dirigir a los operarios, sino también para orientar a los propios directivos, construyéndose en consecuencia una Jérica administrativa de autoridad.

A medida que evoluciona este proceso, la organización empieza a inclinarse en mayor medida por la normalización como medio de coordinación del trabajo entre sus miembros.

En suma, podemos sintetizar diciendo que toda actividad humana organizada presupone dos requisitos básicos y fundamentales: la división del trabajo en las distintas tareas que han de desempeñarse y la coordinación de las mismas.

<u>El Proceso Comunicativo Básico</u>

La comunicación consiste en una actividad real cotidiana porque es el medio por el cual la gente se relaciona entre sí en una organización. La comunicación penetra en todas las actividades en una organización, representa una importante herramienta de trabajo a través de la cual los individuos comprenden su rol profesional y pueden integrar las diferentes unidades que forman la organización. Desde una perspectiva de <<sistema abierto>>, una

organización constituye un conjunto elaborado de canales comunicativos interconectados que están diseñados para incorporar, escoger y analizar la información del entorno y enviar mensajes, previamente procesados, de vuelta al entorno. La comunicación constituye un medio mediante el cual se facilita el proceso de toma de decisiones, de obtener respuestas, de corregir los objetivos y los procedimientos organizativos, según lo demande cada situación.[69]

Las organizaciones no pueden existir sin comunicación, puesto que las personas sin ella no pueden saber lo que sus compañeros están haciendo, la gerencia no puede recibir información sobre lo que sucede y los supervisores no pueden transmitir pautas de trabajo.

El proceso de comunicación

El proceso de comunicación es el método por el cual un emisor transmite un mensaje al receptor, pasando por seis fases que son las que se desarrollan a continuación:[70]

- *Desarrollo de una idea:* El primer paso consiste en desarrollar una idea que el emisor desea transmitir.
- *Codificación:* El segundo paso consiste en la codificación de una idea en palabras adecuadas, gráficas u otros símbolos de transmisión. En este momento el emisor determina el método de transmisión para que las palabras y los símbolos puedan organizarse de manera apropiada para el tipo de dicha transmisión.
- *Transmisión: Cuando* se desarrolla el mensaje, el tercer paso consiste en transmitirlo por el método escogido.
- *Recepción:* La transmisión permite que la otra persona reciba un mensaje, lo que constituye el cuarto paso. En este paso la iniciativa se transfiere a los receptores, quienes están dispuestos a recibir el mensaje.

[69] Kaufmann. Alicia E. *"El poder de las Organizaciones".* Comportamiento, estructura y entorno. Esic. Pág. 97-117.Bs.As.

[70] Op. Cit. 68.

- *Decodificación:* El quinto paso es la decodificación del mensaje para que puede comprenderse. El emisor desea que el receptor comprenda el mensaje como fue exactamente enviado.
- *Utilización:* El último paso en el proceso de comunicación corresponde a receptor al utilizar el mensaje. Puede ignorarlo, desempeñar la tarea asignada, almacenar la información recibida o hacer otra cosa.

Objetivos de la comunicación organizativa

Es fundamental que se produzca comunicación entre los individuos y grupos en las organizaciones. Entre los objetivos básicos de la comunicación podemos citar el siguiente: *lograr una acción coordinada.*

Un segundo objetivo radica en *compartir información.* La información más importante se relaciona con las metas organizativas, dando a sus miembros sentido a su tarea y una direccionalidad. Otra función consiste en proporcionarles orientaciones específicas respecto a las tareas que han de desarrollar. Proporcionar y compartir información es un paso esencial para definir problemas, generar y evaluar alternativas, implementar decisiones y controlar y evaluar resultados.

Finalmente, la comunicación permite expresar los sentimientos y las emociones. Por lo tanto, la comunicación recubre diversas facetas, particularmente el proceso por el cual las actividades grupales e individuales así como las interacciones se coordinan para incrementar la efectividad laboral.

Flujos comunicativos verticales y horizontales

La diferencia entre los flujos comunicativos verticales y horizontales radica en que tanto los primeros son fundamentalmente autoritarios, los segundos, que se producen entre iguales, son más bien de índole cooperativa.

De esto inferimos que la comunicación vertical representa el poder y la coerción, ya que el flujo de actividad descendente se mediatiza a través de la jerarquía, y es ascendente cuando se produce el feedback del desempeño profesional.

La comunicación hacia abajo en una organización resulta ser más frecuente que la comunicación ascendente. Cuando existe un cierto grado de

interacción entre los individuos de diferentes status, la comunicación del jefe al subordinado se inicia con mayor facilidad que la comunicación del empleado al jefe.

Podríamos concluir, respecto a este punto, que la estructura organizativa determina la estructura física, la que a su vez condiciona el comportamiento comunicacional.

Redes comunicativas

La comunicación vincula a los individuos con los grupos en el seno de una estructura social. Inicialmente, la comunicación vinculada con la tarea se desarrolla en las organizaciones de manera tal que las personas puedan hacer y coordinar su trabajo con los otros miembros del sistema.

El modelo y el contenido de la comunicación también sirven de base de sustentación de la cultura empresarial, de las creencias y de los sistemas de valores que facilitan el funcionamiento organizativo.

Las redes comunicativas son, entonces, sistemas de intercambio de información en el seno de una organización. Una red comunicativa de pequeños grupos incluye la comunicación en forma de rueda, en cadena, en círculo y un canal. Pueden diferenciarse en términos de la densidad de la comunicación, distancia entre los miembros, relativa libertad de los miembros de la institución para utilizar canales de comunicativos diversos.

En resumen una red, consiste en un grupo de personas que desarrollan y mantienen contacto para intercambiar información informalmente, por lo general acerca de algún tema de interés que comparten. Aun cuando las redes pueden ser internas y externas a la empresa, generalmente se construyen alrededor de intereses externos, tales como la recreación los clubes sociales, los grupos profesionales, los intereses profesionales o las reuniones comerciales.

Las redes comunicativas se forman espontánea y naturalmente en tanto continúan las interacciones entre los miembros de la organización.

El entorno (el ambiente en que las personas se suelen reunir, la disposición de las mesas y sillas, la dispersión geográfica en distintos miembros

de la organización) puede afectar la frecuencia y tipo de interacción entre las personas.

Para desarrollar relaciones de trabajo efectivas en una organización, los directivos deben realizar un esfuerzo especial para manejar los flujos de información, tales como desarrollar redes comunicativas. El directivo puede por ejemplo, determinar que existan espacios para favorecer la comunicación entre los miembros de una organización.

Por otra parte, la comunicación descendente generalmente proporciona directivas, en tanto que la comunicación ascendente proporciona un feedback al directivo. La comunicación horizontal está habitualmente vinculada al desempeña y a menudo se transmite con mayor rapidez que la comunicación vertical, ya que no ha de seguir reglas y procedimientos.[71]

[71] Kaufmann. Alicia E. *"El poder de las Organizaciones".* Comportamiento, estructura y entorno. Esic. Pág. 154-167.

La Familia

El modo de mirar la familia, va a depender del lugar teórico desde donde cada profesional se posicione para interpretarla, va a tener importancia la posición conceptual. En este sentido adherimos a lo que plantea Eloisa de Jong[72], cuando define a la FAMILIA como una "*organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Es un espacio complejo y contradictorio que emerge como producto de múltiples condiciones en un determinado contexto socio-político, económico y cultural atravesada por modelos hegemónicos esperados socialmente y una historia singular donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego (familia-contexto)".*

Decimos que es una organización, porque es una institución social creada y recreada en el interjuego (familia-contexto) de lo instituido y lo instituyente.

Cuando hablamos de **reproducción** coincidimos con Elizabeth, Jelin[73] en que este termino engloba a la **reproducción cotidiana** (actividades domesticas de subsistencia), **reproducción biológica** (procreación) y **reproducción social** (tareas dirigidas al mantenimiento del sistema), pero a su vez rescatamos a Eloisa de Jong, quien plantea que para entender a la familia debemos tener presente la **reproducción psicológica y la reproducción social.**

Cuando hacemos referencia a la **reproducción psicológica** debemos entender que al interior de cada familia existen conflictos que tienen consecuencias devastadoras en cada uno de los miembros.

En relación a la **reproducción social,** Mario Margulis[74], refiere que la reproducción física de los individuos contempla los fenómenos ligados con el

---

[72] De Jong, Elisa. (2001). "*Trabajo Social, familia e intervención, en la familia en los albores del nuevo milenio. Bs.As. Espacio.*

[73] Jelin, Elizabeth. (1998). "*Pan y afectos: la transformación de las familias".* Bs. As, Fondo de Cultura Económica.

[74] Margullis, Mario.*"Familia, hábitat y sexualidad".*Bs.as. Biblios

trabajo cotidiano dentro y fuera del hogar y también los acontecimientos relacionados con la reproducción demográfica (fecundidad/mortalidad/migración).

En las familias actuales coexisten rasgos tradicionales y nuevos que producen conflictos. El papel socializador de la familia sigue siendo innegable y puede ser refugio de paz y protección, aunque también de violencia, inequidad generacional y de género.

A partir de ideas tales como que la familia se inicia por la libre elección de los miembros de la pareja, donde la afectividad es siempre de signo positivo, donde reina la tolerancia, el amor, la armonía y la felicidad, se construye un imaginario social en relación a lo que debe ser una **"familia normal"**, y es desde donde personas e instituciones juzgan la organización familiar, sin tener en cuenta el contexto histórico social.

Elizabeth Jelin[75] hace referencia al concepto clásico de familia como "la institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva".

Si hacemos mención a la crisis que estamos viviendo como nación, donde el todo esta resquebrajado, este concepto de familia esta en crisis, porque los tres ejes centrales que plantea, sexualidad, procreación y convivencia se han transformado significativamente a partir de las condiciones materiales y de la significación que para los sujetos adquieren las relaciones familiares actualmente.[76]

Las rupturas que podemos detectar en relación a la familia nuclear tradicional son:[77]

- Madres solas con hijos a cargo
- Familias ensambladas o reconstituidas.

---

[75] Op. Cit. 72.

[76] Op. Cit .50.

[77] Barg, Liliana, (2009). "*Las Tramas familiares en el campo de lo social"*. Bs.As. Espacio.

- Familias donde un miembro de la pareja no convive pero se relaciona en forma permanente con el grupo familiar.
- Hombres solos con hijos a cargo
- Parejas de homosexuales
- Mujeres solteras con hijos adoptivos o naturales.
- Mujeres con hijos de diferentes uniones.

Mientras que algunas características de las familias actuales son las siguientes:

- Familias Aglutinadas: Tratando de caracterizar estas familias se observa una exagerada tendencia a formar una unidad, donde resulta difícil la discriminación de sus miembros.

Se producen interacciones esteriotipadas entre sus miembros y el rol materno es exagerado, lo que debilita el rol paterno.

Hay un predominio de normas maternas (cuidados corporales, satisfacción de necesidades elementales, manejos de sentimientos y emociones, celos), y el afecto es algo que ahoga.

Los mensajes son concretos, con poca capacidad reflexiva y fuerte carga emocional. Esto configura una determinada ideología familiar con una concepción de vida tipo clan. [78]

- Familias Uniformadas: En estas familias hay una tendencia a la individuación con exagerado sometimiento a una de las identidades personales que busca uniformar al resto.

  Absolutismos del rol paterno, con exageración de normas paternas (aprendizaje de roles sociales, administración de autoridad y justicia).

  Los mensajes se dan con estilo de órdenes y respuestas, y la ideología preponderante es exigirse para diferenciarse y a menudo expulsan los problemas de la familia evadiéndolos. Son elitistas y dominantes.

[78] Op. Cit. 76.

- Familias Aisladas: En estas familias hay un predominio de las individualidades como entes aislados del grupo, lo que lleva a un grave deterioro de la identidad grupal y a un estancamiento de las identidades individuales.

  Los roles asignados no entran jamás en conflicto con los asumidos; cada uno hace su vida, con lo cual las normas y valores pierden importancia.
- Familias Integradas: En estos grupos familiares existe un equilibrio inestable entre la identidad grupal e individual que se redefines sin grandes obstáculos. Son francamente estables debido a la flexibilidad de los roles, que permiten "contener" los problemas surgidos sin reprimirlos o expulsarlos. Hay equilibrio entre los roles asignados y asumidos, ya que no son fijos ni en su definición ni en su asunción, por lo que se caracterizan por su flexibilidad.

Respecto a los roles, se puede girar hacia la concordancia padre-adolescente, y poseen tres características fundamentales para toda elaboración transformadora:

Contener: la familia puede alojar a sus miembros sin anular y reprimir, comprendiendo crisis y situaciones en un ambiente sereno y afectuoso.

Reprimir: pueden poner límites lo suficientemente flexibles que permitan un nivel de frustración capaz de mantener la fuerza impulsora intacta.

Instrumentar: es la posibilidad de enseñar conteniendo y reprimiendo simultáneamente, para elaborar los deseos y necesidades propias.[79]

Lo que además varía en estas nuevas configuraciones familiares, producto de las sucesivas transformaciones, es quienes están cumpliendo las funciones de maternaje y paternaje. Otras personas, además de los padres, comienzan a cumplir estas funciones: abuelos, maestros, hermanos, tíos, amigos de los padres, promotores comunitarios, etc., que se ocupan de los niños ante la complejidad de la resolución de la sobrevivencia en el mundo actual. Por lo tanto, no es valido

[79] Barg, Liliana. (2003). "*Los Vínculos familiares"*: Reflexiones desde la práctica profesional. Bs.As. Espacio.

manejarse con criterios rígidos de “normalidad”, porque cada familia se construye como puede; no es un producto ideal, sino un producto real, con logros y frustraciones.

Para comprender a cada familia en su materialidad y como producto histórico cultural particular y singular en su constitución, hay que partir de reconocer que cada miembro tiene un pasado, una tradición, una historia que lo constituye y que pervive en sus prácticas familiares.[80]

Hay que conocer qué concepto de familia posee el grupo familiar con el que estamos trabajando, la distancia o la cercanía del concepto en su representación social, cómo se estructuran las relaciones de poder, cómo son los modos de interacción y de comunicación, cuáles son sus intereses, sus deseos y las posiciones que ocupan dentro del grupo familiar, y cuál es el capital cultural, simbólico y social que tiene la familia como tal.

A partir de esta indagación se pueden detectar las relaciones saludables para reforzarlas, ver lo que la familia tiene, cuáles son sus recursos, sus límites, sus fortalezas o debilidades, para trabajar desde ese lugar los cambios o transformaciones que resulten necesarios para resolver las situaciones de crisis.[81]

Las redes sociales

Según Villasante, los seres humanos están inmersos en distintas redes. Las mismas posibilitan a los sujetos plantearse alternativas y estrategias. Las redes sociales, nos condicionan, desde las comunicaciones mundiales hasta en los afectos familiares, pero en todas estas redes también nosotros estamos influyendo. Debemos considerar al mismo tiempo que cada uno de nosotros puede cambiarse de una red a otra para construir lo que estamos siendo. Es decir, que nos constituimos como un producto complejo que buscamos, encontramos, y aprovechamos distintas redes y relaciones en las que nos movemos para construir algunas soluciones a nuestras necesidades. Son redes existentes que constituyen

[80] Op. Cit. 78.

[81] Op. Cit. 78.

en sí mismas procesos creativos, emancipadores, innovadores, vitales y abiertos, ya que nos permiten enfrentar las relaciones de dominación y explotación que genera el modelo dominante y, en pos de evitar la legitimación de la burocracia. Es decir, luchar contra aquellos que ejercen su poder y que necesitan de la práctica en lo cotidiano y lo grupal para desbloquearlo, ayudan a crear sinergias grupales o movimientos sociales.

Existen diferentes tipos de redes sociales, entre ellas podemos mencionar, la Red interinstitucional. Ésta es entendida desde la concepción de “red social” como proceso de construcción permanente, tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios. Y puede pensarse a su vez como un sistema abierto, multicéntrico y con la posibilidad de “jerarquías” distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado.

A través de la integración permanente, en intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo y con integrantes de otro colectivo, se posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de las instituciones.

Cabe destacar que, según Veléz Restrepo, “uno de los desarrollos más interesantes de la actuación profesional sistémica lo constituye el trabajo en redes como sistema de apoyo social. Los grupos formales y la capacitación para la formación de cuidadores informales o naturales (vecinos, amigos, familiares) que brinden apoyo solidario a quien lo necesita constituye una estrategia colaborativa muy importante para hacer frente a los múltiples problemas ocasionados por la violencia, la descomposición social y las medidas de ajuste económico que afectan a numerosas personas y familias en sociedades contemporáneas. Las redes sociales permiten además de compartir recursos construir vínculos afectivos y solidarios generadores de alternativas de apoyo mutuo a través de los cuales se enfrentan los tiempos duros y se aporta a la reconstrucción del tejido social. Los lazos internos que se tejen en las redes sociales resquebrajan la estructura formal de trabajo asistencial tradicional donde la persona después de recibir el apoyo o la asistencia puntual que brinda la institución retorna a la soledad habitual cortando todo nexo con ésta, configurando un entramado de relaciones y de acción social

íntimamente conectado con la cotidianeidad. En estas redes de apoyo social habitan formas complejas de interacción y renovados espíritus de resistencia social, cultual y familiar"[82].

[82] Vélez Restrepo, O. (2003). *"Reconfigurando el Trabajo Social".*Bs As. Espacio.

La participación familiar en el tratamiento de las adicciones

La participación familiar en el tratamiento de las adicciones resulta de un cambio conceptual, estratégico y técnico. Atiende a la necesidad de relacionar la intersección de causas que han determinado conjuntamente la aparición de la conducta de abuso que afecta el riesgo propio y la capacidad de dañarse o de cuidarse.

Al iniciar un tratamiento, la familia adquiere un compromiso del que no hay retorno sencillo. Para modificar el proceso que llevó a la concentración de las conductas adictivas en uno de los integrantes, se requiere deshacer una complicada madeja de situaciones que se han sumado, dando por resultado el abuso de sustancias. Reconocer la seriedad de la situación produce un estallido en medio de la tranquilidad familiar, del que sólo se puede emerger tras una tarea y un compromiso que pase por la reflexión y la modificación de las conductas, que comenzará por rastrear el comienzo de un problema cuya aparición y cuyo crecimiento no fue advertido a tiempo, y que terminó por constituir una amenaza seria para el desarrollo de la vida cotidiana; luego, encontrará un sistema de cuidado y de recuperación de la persona que le permita recobrar intereses, relaciones y proyectos. La familia debe unirse para aprovechar las capacidades comunes.[83]

Si se opta por entrevistas familiares o por las variantes de los programas ambulatorios, la familia podrá tener una participación continua y directa en el proceso terapéutico. Si es necesario recurrir a una internación se abrirán diversas variantes de inclusión, desde la terapia de la familia con la persona incluida, a la participación de los padres, de los hermanos o de las parejas. Cada programa elige las formas de participación que prefiere. Todas ellas apuntan al compromiso, al aporte y a la sumatoria de algo que constituye un impacto para quien se interna y, aunque de diferente manera para toda la familia.

---

[83] Grimson, W.R. (1999). "*Sociedad de Adicciones".* Bs. As. Planeta.

Las graduaciones- altas públicas que se realizan con presencia de todos los involucrados- resumen el logro de la comunidad alternativa a la que se debió recurrir por necesidad de abrir una tregua en el camino hacia la destrucción personal, o por lo menos hacia el riesgo innecesario.

La familia recibe y registra el proceso de transformación y en muchos casos se convierte en vocero de la acción terapéutica de un programa y en continuadora y difusora de esa acción en la comunidad. Será esta una familia con tendencia a extender sus límites, a integrarse solidariamente con otras, a concebirse a sí misma como parte de un todo social cuyo destino no es individual, sino que se juega en todo momento, en cada lugar, en cada decisión, en cada enlace del presente y en un futuro posible.[84]

[84] Op.Cit.70.

El Trabajo Social

El Trabajador Social realiza su actividad profesional en múltiples y diversas áreas profesionales y ámbitos de desempeño siendo una profesión centrada en la acción social. Detecta y reconoce las problemáticas sociales y diseña estrategias de acción de cara a modificar la realidad social a través de la relación de ayuda a las personas –en un proceso de empoderamiento y prevención de disfunciones- y la dinamización de recursos institucionales y comunitarios, con la finalidad última de aumentar el bienestar. Surge de los ideales humanistas, democráticos, y sus valores se basan en el respeto a la igualdad, libertad y dignidad de todo ser humano, siendo los derechos humanos y la justicia social los elementos constitutivos de la motivación y justificación de su ejercicio profesional.[85]

Es pertinente considerar lo establecido en el artículo 4° de La Ley 23.377, sobre el ejercicio de la profesión de Servicio Social o Trabajo Social:

"Considérese ejercicio profesional de Trabajo Social a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como de aquellas situaciones cuyos involucrados requieren solo asesoramiento o estimulación para lograr un uso mas racional de sus recursos potenciales. La actividad profesional tiene el logro, en los aspectos que le competen, de una mejor calidad de vida de la población contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo"

La identidad profesional se construye y fortalece desde el posicionamiento ético, teórico y político del estudiante y desde su mirada crítica reflexiva sobre la construcción de la identidad y la práctica de pre-grado.

La identidad como construcción histórica social tiene relación directa con las ideas e imágenes que se van formando sobre la profesión en cada momento

[85] Ander-Egg, Ezequiel."*Historia del Trabajo Social".* Bs. .As. Humanitas.

histórico y que dependen de las demandas sociales, a las que se responden y de la manera en qué se hacen. [86]

A su vez el Trabajo Social está basado en principios filosóficos, ideales éticos, humanísticos y democráticos.

Al mencionar los principios y postulados se hace referencia a los planteados en el Documento de Araxá (Brasil 1965), que constituyen una unidad de valor universal llevada a la práctica en todos los procesos en que opera el Trabajo Social. Los mismos son:

Postulados éticos:

1- De la dignidad humana.

2- De la perfectibilidad humana.

3- De la sociabilidad esencial de la persona.

Principios Operacionales:

1- Estímulo al ejercicio de la libre participación. elección, y de la responsabilidad de las decisiones.

2- Respeto a los valores, patrones y pautas culturales.

3- Oportunidad para el cambio.

4- Actuación dentro de una perspectiva global de la realidad social.

Margarita Rozas Pagaza plantea cuatro formas de definir la intervención profesional tradicional. La primera de ellas, como un conjunto de acciones que se estructuran en relación con las demandas práctico-empíricas que plantean los sujetos con los cuales interactuamos.[87]

Es decir la intervención entendida como autónoma de las relaciones sociales y desprovista del sentido tensionante y contradictorio que dicha relación tiene.

---

[86] AA.VV. (2003). “Perfil Profesional Trabajador Social Siglo XXI”. Comisión mixta del Perfil Profesional. Consejo General y áreas de conocimiento de Trabajo Social y Servicios Sociales.

[87] Barg, Liliana. (2003). “*Los vínculos familiares”.*Reflexiones desde la Práctica profesional. Buenos Aires. Espacio. Pág. 102.

Otra forma de definir la intervención es desde el punto de vista de la instrumentación de un conjunto de técnicas aplicables a la solución de cada demanda, y que dicha solución será eficaz en la medida en que se perfeccionen las técnicas de intervención. Se prioriza el como de la intervención a través de su desarrollo tecnocrático.

Desde otra perspectiva, la intervención es entendida como el conjunto de acciones desde las cuales se generan los procesos revolucionarios; para tal fin no son necesarias ni la teoría ni la técnica; solamente se debe afianzar el compromiso con los sectores populares.

Desde la concepción de Paulo Freire, el Trabajador Social se interesa por desarrollar junto a los demás una perspectiva crítica de la realidad y poder ejercitar la reflexión. *"Actúa y reflexiona con los individuos con quienes trabaja"*[88], para concientizarce junto con ellos de las dificultades sociales reales, cambiando una percepción critica de la misma. Se centra en la desmitificación de la realidad mitificada, tendiendo a develarla con esfuerzo critico común y en la problematización.

El Trabajo Social desde sus inicios como profesión de las ciencias sociales se vienen desarrollando en diferentes tipos de instituciones, como la persona se desenvuelve también en una pluralidad de instituciones, que irán transformándose de acuerdo a los cambios que se producen en la sociedades donde se encuentran.

Las personas nacemos dentro de instituciones, bien sostenía Sócrates que la familia es una institución pilar para la formación de la sociedad. Podemos decir que encontrarnos fuera de ellas sería una anormalidad, participamos en instituciones educativas, de salud, culturales, políticas, etc. con mayor o menor niveles de organización o con un mayor o menor delimitación de sus fronteras, pero en el cotidiano diario participamos en una pluralidad de instituciones y donde nuestro rol se va transformando de acuerdo al marco institucional.

Es por esto que la profesión del Trabajo Social también se ejerce dentro de ellas; el Trabajo Social podría ser definido como una profesión que "*…se orienta a*

[88] Freire, Paulo (1987). "Educación y Cambio".Siglo Veintiuno Editores. Pág. 59.

favorecer la atención objetiva de las necesidades humanas mediante la participación de los sujetos como constructores históricos de la sociedad…[89]"; Pero ¿cuál es el rol del Trabajador Social dentro de estas instituciones y cual es este rol en relación a la persona? Tomando palabras de San Giacomo Parodi nos encontramos con el rol profesional, dice este autor, "*El Trabajador Social se inserta, como instrumento mediador, en los esfuerzos de transformación social de la actividad humana, a fin de impulsar cambios progresivos*." Esta acción mediadora se realiza entre la personas y/o personas o grupos y las diferentes instituciones.

Unos de los objetivos de esta acción mediadora es generar los canales de comunicación entre ambos actores pero siempre buscando la autonomía de la persona/personas, buscando la autonomía de sujeto.

Las instituciones donde el Trabajador Social se encuentra inserto y ejerce su profesión, son la respuesta de la sociedad a las problemáticas de sus ciudadanos, y es por ser parte misma de la institución que el profesional puede verse rodeado de vicios institucionales o con tintes asistencialistas en relación a la problemática de las personas, pero este profesional no debe perder su mirada puesta en la persona y en la búsqueda de cambios favorables para este, respetando su autonomía y su diversidad cultural.

Desde el Trabajo Social intervenir en adicciones significa combatir la marginación y la exclusión social, conocer la sociedad para modificarla. Por eso la meta no es aumentar el conocimiento en drogas ni en adicciones, sino la reparación del tejido social dañado.[90]

Consideramos que existe una gran diversidad de variables que intervienen en el fenómeno adictivo; por eso resulta necesario posicionarnos desde el pensamiento complejo que plantea Edgar Morín.[91]

---

[89] San Giácomo Parodi O. (2001). *"El trabajo social y conocimiento objetivo".* Equipo EIEM. UNMdP.

[90]Grimson, W.R. (1999). "*Sociedad de Adicciones".*B.s.A.s. Planeta.

[91] Morín, Edgar. (1997). "Introducción al Pensamiento Complejo". Barcelona. Gedisa.

En el pensamiento complejo, se plantea la heterogeneidad, la interacción, el azar; todo objeto del conocimiento, cualquiera que él sea, no se puede estudiar en sí mismo, sino en relación con su entorno; precisamente por esto, toda realidad es sistema, por estar en relación con su entorno.[92]

La complejidad rompe con la causalidad lineal, que explicaba el fenómeno adictivo por una vía excluyente y exclusiva. [93]

El pensamiento complejo nos permite una nueva manera de pensar lo social, relacionando el fenómeno adictivo a distintas variables , baja tolerancia a la frustración, fragilidad afectiva, impulsividad, rasgos de baja autoestima, manipulación, estigma y rechazo, pérdida de facultades yoicas y de relación, vivencia social de marginación, deterioro de los vínculos afectivos, sociales y terapéuticos, deterioro físico y psicológico.[94] Es decir ver las partes en el todo y el todo en las partes.

Nos posicionamos como Trabajadores Sociales desde la heterogeneidad de lo social, es decir acordamos que todos los adictos no son iguales: Por el contrario existen muchos adictos, que resultan irrepetibles y con cada sujeto tendremos que trabajar a partir de la singularidad de su historia de vida, de su propia fragmentación, de su posibilidad de construcción critico-reflexiva.

Es por eso que nuestra intervención debe atender la demanda de los sujetos, intentando una construcción compartida que, partiendo de su malestar, configure un proceso en el que se posibilite “nombrar”, “hacer ver”, “resignificar” ese malestar para transformarlo (valorando aquello que las personas tienen y aportan).

Como Trabajadores Sociales debemos repensar estrategias o caminos de abordaje que den cuenta de las variadas formas en que la problemática de

[92] Op. Cit. Nota 11.

[93] Puentes, Mario (2009). Estrategia terapéutica en Drogadicción, Sistema ambulatorio Preventivo Asistencial. Bs.As.

[94] Op. Cit. Nota 13.

adicciones se presenta y desarrolla. En tal sentido la estrategia a emplear difiere para cada uno de los casos, atendiendo las particularidades de cada persona.

Persona

A lo largo de la historia de la humanidad los conceptos sobre ciertos términos han ido variando, así según el lugar donde nos paremos podremos definir al Hombre o a la persona de diversas maneras. Según Víctor Frank el hombre es definido como "único, irrepetible, finito, histórico, llamado a la libertad, a la responsabilidad y a buscar sentido a través de los valores de Creación, Experiencia y Actitud".95

Las personas están en el centro de la intervención profesional. Es por eso que el concepto de persona que guíe dicha intervención determinará la relación que el profesional establezca con los sujetos así como también las características del proceso de ayuda.

Helen Perlman[96] concibe a la persona como una entidad física, psíquica y social. Un producto en proceso de su modo de ser constitucional, de su ambiente físico y social, de sus experiencias pasadas, de sus percepciones, reacciones presentes y de sus aspiraciones futuras. Influidas por los éxitos y fracasos obtenidos en la consecución de sus objetivos, cada persona desarrolla un esquema o manera típica de comportarse, característica que constituye su personalidad.

Siguiendo esta línea de pensamiento, San Giacomo considera al hombre capaz de pensar y conocer más allá de los problemas que enfrenta. No sólo como condicionado por la realidad, sino como su constructor. Es un ser activo capaz de transformar la realidad y participar en los problemas a resolver; ya que este no se caracteriza solo por su subjetividad, sino por ser al mismo tiempo capaz de

[95] Frank Victor (1979): "El hombre en búsqueda del sentido"Herder.

[96] Perlman, Helen. (1995). "El Trabajo Social individualizado". Madrid. Rialp.

objetivar, es decir de producir un imaginario común y por lo tanto construir su propia realidad.[97]

Cada ser humano es único, ha nacido y crecido con una personalidad diferente que lo caracteriza y lo diferencia del resto del grupo de su especie.
Uno de los principios del Trabajo Social es el que sostiene que cada persona es un ser único y diferente, motivo por el cual merece una atención particular o específica.

En este sentido afirma M. Richmond que la igualdad no debe ser considerada en el sentido de identidad o uniformidad que lleve a tratar de la misma manera a todas las personas. Por el contrario, igualdad implica tratar las cosas desiguales de una manera desigual, reconocer **el derecho** de todos los seres humanos a ser colocados en condiciones favorables para su desarrollo personal. Significa que cada uno tiene los mismos derechos a volverse diferente de los otros, a adquirir una personalidad distinta.

El Trabajador Social debe respetar el derecho de cada persona de dirigir su propia vida. Esto significa que no debe imponerle sus metas o normas de conducta sino que le concederá el **derecho de ser como es,** tomar sus propias decisiones y hacer sus propios planes.

Desde el Trabajo Social la persona es considerada tanto en su aspectos individuales como así también de fundamental importancia su dimensión social y colectiva. La persona como ser colectivo forma parte de la sociedad en la que vive, comparte su cultura, valores y está inmersa en las características sociales, económicas y políticas del medio específico de su lugar de vida y de su época histórica. De esta manera, el concepto de persona se ha visto enriquecido con una comprensión más amplia y compleja del ser humano como ser social.

Atendiendo ha este concepto de persona y considerando todas las dimensiones que definen a una persona, nuestra forma de intervención debe

---

[97] San Giacomo Parodi, Osvaldo.(2001). *"Trabajo Social y Conocimiento Objetivo"*Equipo EIEEM. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Fundación PAIDEIA.

contemplar la realidad que atraviesa nuestro país, cargando sobre los ciudadanos años de neoliberalismo y políticas de ajuste, donde el abandono del Estado frente a la salud y los prejuicios morales respecto a las adicciones han constituido una alianza muy difícil de deconstruir en la actualidad.

Se deberá trabajar intensamente en el terreno de las representaciones sociales, para aplicar políticas que contemplen que el **sujeto adicto es un sujeto de derecho,** capaz de aportar estrategias de calidad de vida en medio de su malestar.

La intervención apunta "a reconocer la necesidad de reducir un daño". Si bien el efecto se deberá evaluar particularmente, hay un efecto social fundamental que es reconocer **la inclusión del sujeto adicto en tanto sujeto de Derecho.**

De lo analizado anteriormente podríamos pensar que la eficacia de toda intervención se funda en la articulación entre lo que detectamos en lo cotidiano como "lugar de construcción de subjetividad" desde las prácticas concretas, y las necesidades sentidas por los sujetos con los que trabajamos.

De tal manera toda intervención debe contemplar y plantear el tema de la **participación**, sin objetivos prefijados.

Una intervención preventiva debe contar con objetivos factibles y realistas y por otro lado, que los sujetos sean generadores de protagonismo, ya que de esta forma las acciones preventivas, los modelos de tratamiento, la planificación comunitaria, estarán dotados de sentido por la realidad social propia de los sujetos.[98]

Es ahí donde el Trabajo Social puede hacer un importante aporte en tanto se reconozca a este **sujeto como un sujeto histórico- social,** que se construye a partir de relacionarse con otros, en términos de lazos sociales.

Si acordamos en la cuestión de la heterogeneidad que prima en lo social, acordamos también que todos los adictos no son iguales. Por el contrario, existen muchos adictos, que resultan irrepetibles, y con cada sujeto tendremos que

[98] Carballeda, Alfredo. 2008. "Drogadicción y Sociedad". Bs As. Espacio.

trabajar a partir de la singularidad de su historia de vida, de su propia fragmentación, de su posibilidad de construcción crítico-reflexiva.

Modelos de Tratamientos de adicciones

A través de la historia, se han desarrollado diferentes modelos de tratamiento, con bases distintas, pero todos orientados hacia ofrecer la posibilidad de recuperación a las personas afectadas con la adicción. Los modelos que se llevan a cabo en la actualidad en las instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata son:

Tratamientos Ambulatorios:

Se entiende por tratamiento ambulatorio aquellas intervenciones en las cuales las personas permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, dedicando el resto del tiempo a actividades en sus trabajos o en sus casas. Existen modalidades donde las intervenciones se extienden por varias horas al día (modalidades matinales o vespertinas), y otras donde las personas permanecen hasta doce horas en el tratamiento y que se conocen como hospitalización de día. Otras intervenciones están diseñadas para que asistan solamente unas horas al día o a la semana, por lo tanto les permiten a las personas permanecer más tiempo en sus casas y oficios, o iniciar la búsqueda de trabajo o de estudio.

Dadas las características de las intervenciones ambulatorias éstas son de bajo costo y de fácil acceso, ya que las personas no se ven obligadas a internaciones prolongadas ni a interrumpir sus trabajos o estudios. Además, la persona está en permanente interacción con el medio y su familia (si la hubiere), características que hacen de las intervenciones ambulatorias un espacio que incluye no sólo las estrategias de tratamiento propiamente tal, sino que también debe dar respuesta a las contingencias que se originan de las relaciones que la

persona establece con su medio y su familia. Desde esta perspectiva el tratamiento ambulatorio facilita que el individuo aprenda habilidades para desempeñarse en el mundo, en la medida que éste permanece en él.

Un programa ambulatorio debe permitir que la persona y su familia superen los problemas asociados con el consumo de drogas. Para cumplir con esta finalidad las estrategias de tratamiento deben prestar asistencia social, atención médica psiquiátrica, intervenciones de psicoterapia individual y de familia, estrategias de control del consumo y de trabajo grupal. [99]

Comunidad terapéutica:

En las comunidades terapéuticas, la persona ingresa a un sistema que se encuentra fuertemente normatizado, cuyas características, condiciones y exigencias se le manifiestan, explicitan y repiten con frecuencia. Las transgresiones a las normas se marcan con sanciones que se destinan a forzar su cumplimiento, Se marca la obligación de mantener la abstinencia, la prohibición de establecer vínculos de pareja, la ausencia de expresiones de violencia física, se elige la norma como pauta de modificación de las conductas.

Estas reglas básicas de convivencia permiten fijar los límites entre lo que esta permitido y lo que no. Queda claramente establecido que en el caso de que estas normas sean transgredidas, quien lo haga deberá hacerse cargo de las consecuencias, que pueden llegar hasta la expulsión de la institución. [100]

Es importante mencionar que en la internación, se atiende a la familia y no solo a un individuo, aunque este sea quien esta internado.

La internación esta actualmente vinculada a un programa intenso y completo que se basa en la verticalización de la permanencia; no se atiende a personas en reposo sino en actividad, porque la actividad se valora como una parte esencial del tratamiento y se trata a familias porque no se las toma como

[99] Puentes, Mario (2009). Estrategia terapéutica en Drogadicción, Sistema ambulatorio Preventivo Asistencial. Bs.As.

[100] Cuatrocchi, Estela Mónica, (2008). La Adicción a las drogas. Bs.As. Espacio.

observadoras pasivas de una cura, sino como participantes cuya situación y cuya internación recíproca podemos modificar.[101]

Reducción de Daño:

Es el conjunto de intervenciones en los ámbitos médicos, psicológicos y sociales destinados a reducir los efectos nocivos asociados al consumo de drogas. Esta estrategia de origen sanitarista aparece a principio de los ochenta, entre otros objetivos, para paliar los efectos nocivos de las intervenciones públicas destinadas a dificultar el consumo de los usuarios de droga. Estamos hablando de las epidemias de heroína en EE.UU. y Europa, cuando se obstaculiza el acceso a todo material relacionado con el consumo, incluidos las jeringas estériles.

Bajo el concepto de reducción de daño se suelen agrupar intervenciones cuya finalidad es limitar la probabilidad de que el consumo de sustancias se acompañe de daños colaterales. Por lo general se pretenden reducir riesgos relacionados con la salud física, pero también condiciones sociales precarias como la marginación, la delincuencia o la prostitución.[102]

En síntesis el tratamiento de las adicciones debe ser integral y estratégico, abordando la mayor cantidad de niveles posibles: personal, familiar, laboral, social y debe tener en cuenta a la persona de manera integral. Es decir que no existen tratamientos mejores que otros sino que cada persona tiene necesidades distintas y cada modalidad ofrece posibilidades diferentes.[103]

---

[101] Grimson, Wibur Ricardo. (1999). Sociedad de Adictos. *"La comunidad en la prevención y el tratamiento en adicciones".* Bs.As. Planeta.

[102] Op. Cit. Nota 1.

[103] Ob. Cit. Nota 10.

MOMENTO IV

ANÁLISIS DE DATOS

Presentación de las Instituciones

Centro Provincial de Atención de las Adicciones (C.P.A.)

Protocolo de entrevista

Cargo: Secretaria Administrativa.

Institución: C.P.A.

- El origen de los C.P.A. se da por una idea del Dr. Yaría, en el año 1992 y se implemento en toda la Provincia de Buenos Aires.

Al hacer referencia a Mar del Plata este Centro de Atención comienza a funcionar a fines de los años noventa, integrando la red provincial de atención a las adicciones, como respuesta a la necesidad y demanda de sectores afectados por la problemática del consumo de sustancias, de esta ciudad, y como parte de las políticas llevadas adelante por la Subsecretaría.

- El Centro Provincial de las Adicciones es una institución pública, antes pertenecíamos al Ministerio de Salud, pero hace poco tiempo se realizo este cambio, y pertenecemos en la actualidad al Ministerio de Desarrollo Social.
- Los objetivos principales que persigue la institución son:

Prevención, Contención y Asistencia.

- En esta institución se trabaja en forma totalmente gratuita, implementando becas, cuando sea necesario, en institutos a puertas cerradas, como “Posada del Intí”, u alguna otra institución la Provincia de Buenos Aires.
- La estructura organizativa:

El equipo esta compuesto de la siguiente forma:

Directora: Lic, Lorea, Vanina., dos Secretarias administrativas. cuatro Operadores Socio-terapéuticos, cinco Psicólogos, Un Trabajador Social, un enfermero, un Medico Psiquiatra, un Medico Clínico, un Profesor de Educación Física y una Abogada.

- Los roles: En primer contacto que tiene el usuario con la institución es con la secretaria, quien lo orienta y le otorga un turno para una primera entrevista que será realizada por el Operador Socio-terapéutico, durante esta entrevista el operador va comenzando a armar la historia clínica de la persona, escuchando sus primeras palabras, su historia de consumo. Realiza su intervención en la

primera parte del tratamiento, donde los usuarios van adaptándose, a la modalidad, a sus normas, etc.

El psicólogo, evalúa, diagnostica y decide en que dispositivo se inserta a la persona. Interviene también en el seguimiento de las personas que han finalizado el tratamiento, realizando entrevistas individuales cada seis meses.

El Trabajador Social realiza las visitas domiciliarias, los informes socio-ambientales.

El Profesor de Educación física es el encargado de las distintas actividades recreativas y deportivas.

El Medico Clínico y el enfermero se encargan de la salud física de la persona, realizando distintos controles.

El Médico Psiquiatra evalúa en caso de ser necesario para luego medicar.

La comunicación es fluida y constante entre los distintos profesionales que conforman el equipo.

- En relación al espacio físico, se cuenta con una sala de espera, un cocina generalmente ocupada por los profesionales en sus tiempos libres y es también utilizada para la reunión semanal del equipo de trabajo.

Se consta de tres consultorios, uno de ellos es utilizado por la directora como oficina. Mientras que los otros dos son ocupados por los distintos profesionales que intervienen.

Existe un salón de usos múltiples (S.U.M), el cual es utilizado para el funcionamiento del Centro de Mediodía, como así también para el desempeño de los grupos de tratamiento.

- Se realiza semanalmente una reunión de equipo, a la cual asisten todos los profesionales incluyendo al personal administrativo. Durante las mismas se comunican temas relevantes acerca de los usuarios, la evolución de los tratamientos, se socializan entrevistas realizadas con las familias, y cuestiones que surgen en las diferentes intervenciones.
- Se trabaja con distintos niveles de intervención: individual, grupal y comunitario a través de charlas o talleres en diferentes barrios.

- Se trabaja en red con otras instituciones, algunas de ellas: Centro de Protección de los derechos del Niño (CPDEN), escuelas, etc.

El criterio para la derivación, tiene que ver con la existencia de convenios con distintas Comunidades Terapéuticas de la Provincia de Buenos Aires. Se otorgan becas para internación en dichas instituciones.

- Las personas llegan a la institución en forma espontánea, en otras oportunidades son acompañados por sus familias. Mientras que existen usuarios que son derivados desde la justicia o alguna otra institución o Programa.

PROBLEMÁTICA SOCIAL

- La problemática que se aborda desde la institución C.P.A es de droga dependencia, su uso y abuso de drogas.
- Desde mi opinión creo que la problemática se ha incrementado de forma más agresiva, en los últimos dos años. Hay más agresividad, mas consumo, lazos familiares más debilitados.
- La demanda se ha modificado, hoy acuden a la institución chicos más pequeños a partir de los 12 o 13 años. Y generalmente varones que comienzan con el alcohol para luego acompañarlo con otras sustancias.
- La población atendida se ha modificado. No es igual la persona que se acerca al servicio hoy, que aquella que asistía años atrás. Hoy se puede ver un poli consumo entre los usuarios que asisten.

Si creo que puede visualizarse un mayor deterioro en las personas que llegan a la institución, lo que se puede atribuir a muchos factores como el poli consumo, las rupturas en los lazos familiares, la falta de contención.

- Las personas llegan a la institución en forma espontánea, en otras oportunidades son acompañados por sus familias. Mientras que existen usuarios que son derivados desde la justicia o alguna otra institución o Programa.
- Dentro de la institución se realizan estadísticas mensuales de las personas que ingresan o egresan del tratamiento. En cuanto al porcentaje no puedo hablarte porque no soy la encargada de realizarlo.

- Yo siempre me desempeñe como secretaria administrativa, lo cual considero es de suma importancia ya que soy el primer contacto que la persona tiene cuando se acerca generalmente con miedo a la institución, muchas veces me ha tocado contener, otras orientar o derivar.

Protocolo de entrevista

Cargo: Operadora Socio-Terapéutica.

Institución: C.P.A.

PROBLEMÁTICA SOCIAL:

- La problemática que se aborda desde la institución C.P.A es de drogo-dependencia, su uso y abuso de drogas.
- Mi percepción acerca de la problemática, creo que hoy nos encontramos con una circunstancia social más compleja de las personas. Poli consumo, lazos familiares debilitados, lo que influye mucho en las personas que se acercan a la institución.
- El perfil social del paciente es heterogéneo, hay personas adultas, adolescentes mayormente hombres.
- En cuanto a la población atendida, veo un incremento de adolescentes menores de entre 10 y 11 años de edad que llegan a la institución por consumo ya sea de alcohol, de sustancias o la combinación de ambos.
- Creo que los pacientes llegan mas deteriorados al servicio, tanto físico como emocionalmente.
- Las personas llegan a la institución en forma espontánea, en otras oportunidades son acompañados por sus familias. Mientras que existen usuarios que son derivados desde la justicia o alguna otra institución o Programa.
- Los roles: En primer contacto que tiene el usuario con la institución es con la secretaria, quien lo orienta y le otorga un turno para una primera entrevista que será realizada por el Operador Socio-terapéutico, durante esta entrevista el operador va comenzando a armar la historia clínica de la persona, escuchando

sus primeras palabras, su historia de consumo. Realiza su intervención en la primera parte del tratamiento, donde los usuarios van adaptándose, a la modalidad, a sus normas, etc.

- El psicólogo, evalúa, diagnostica y decide en que dispositivo se inserta a la persona. Interviene también en el seguimiento de las personas que han finalizado el tratamiento, realizando entrevistas individuales cada seis meses.

El Trabajador Social realiza las visitas domiciliarias, los informes socio-ambientales.

El Profesor de Educación física es el encargado de las distintas actividades recreativas, llevando a cabo el proyecto de natación en el Emder, espacio cedido para tal actividad, dos veces por semana.

El Medico Clínico y el enfermero se encargan de la salud física de la persona, realizando distintos controles.

El Médico Psiquiatra evalúa en caso de ser necesario para luego medicar.

- Desde mi lugar puedo decirte que aporto la contención, escuchando sus primeras palabras, su historia de consumo, durante la primera entrevista. Ingresada la persona al tratamiento, las ayudo a ordenarse, otorgándoles normativas, para esclarecer el trabajo a realizar.

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

- Sí, trabajamos interdisciplinariamente conformando un equipo de trabajo, hay profesionales que se encuentran trabajando hace años, mientras que otros que se fueron incorporando hace poco tiempo.
- El equipo esta compuesto de la siguiente forma:

Directora: Lic, Lorea, Vanina., dos Secretarias administrativas. Cuatro Operadores Socio-terapéuticos, cinco Psicólogos, Un Trabajador Social, un enfermero, un Medico Psiquiatra, un Medico Clínico, un Profesor de Educación Física y una Abogada.

- No en este momento no se cuenta con ningún tipo de capacitación interna, si realizamos cursos, jornadas pero independientes a la institución.

- Se realiza semanalmente una reunión de equipo, a la cual asisten todos los profesionales incluyendo al personal administrativo. Durante las mismas se comunican temas relevantes acerca de los usuarios, la evolución de los tratamientos, se socializan entrevistas realizadas con las familias, y cuestiones que surgen en las diferentes intervenciones.
- Desde la institución se trabaja con distintos niveles de intervención: individual, grupal y comunitario a través de charlas o talleres que realizo en diferentes barrios, conjuntamente con otros profesionales.
- Los roles: En primer contacto que tiene el usuario con la institución es con la secretaria, quien lo orienta y le otorga un turno para una primera entrevista que será realizada por el Operador Socio-terapéutico, durante esta entrevista el operador va comenzando a armar la historia clínica de la persona, escuchando sus primeras palabras, su historia de consumo. Realiza su intervención en la primera parte del tratamiento, donde los usuarios van adaptándose, a la modalidad, a sus normas, etc.

El psicólogo, evalúa, diagnostica y decide en que dispositivo se inserta a la persona. Interviene también en el seguimiento de las personas que han finalizado el tratamiento, realizando entrevistas individuales cada seis meses.

El Trabajador Social realiza las visitas domiciliarias, los informes socio-ambientales.

El Profesor de Educación física es el encargado de las distintas actividades recreativas, llevando a cabo el proyecto de natación en el Emder, espacio cedido para tal actividad, dos veces por semana.

El Medico Clínico y el enfermero se encargan de la salud física de la persona, realizando distintos controles.

El Médico Psiquiatra evalúa en caso de ser necesario para luego medicar.

- Desde mi intervención creo que lo que favorece la adherencia al tratamiento es la contención, la escucha y el acompañamiento.
- El Tratamiento cuenta con los siguientes dispositivos:

Orientación: generalmente realizada por las secretarias, de forma telefónica o personal.

Entrevista de Admisión: realizada por el Operador Socio-terapéutico.

Diagnóstico: donde se evalúa si es necesario un tratamiento y cuál de los dispositivos es el correspondiente para tal caso.

Dispositivo de Medio Día: el cual se realiza los lunes y miércoles de 9 a 13hs y los viernes de 9 a 15hs, almorzando los usuarios en la institución. Esta modalidad se encuentra a cargo de tres profesionales: Un psicólogo, un profesor de educación física y un Operador Socio-terapéutico.

Grupo Ambulatorio:

Fase 1:

Fase 2:

Fase de Egreso:

- El objetivo del tratamiento consiste en que la persona pueda dejar de consumir logrando tomar conciencia de que se trata de una problemática social, por lo tanto requiere de un tratamiento y compromiso de asumir la responsabilidad en este proceso.
- Los grupos son reducidos, no son mas de 10 personas, ya que los espacios con que cuenta la institución no son muy amplios el tiempo es de 1 horas por lo cual no llega a exponer cada uno de los familiares o personas que realizan el tratamiento.
- Si tuviera que darte un porcentaje de las personas que sostienen el tratamiento diría un 30%. Aunque no puedo establecer una hipótesis de las causas ya creo que entran en juego una multiplicidad de factores.
- Creo que el acompañamiento familiar de la persona es esencial, y de gran influencia para una evolución favorable del tratamiento.

Protocolo de entrevista

Cargo: Licenciada en Servicio Social.

Institución: C.P.A

- La modalidad de abordaje de la problemática de adicciones desde el Trabajo Social, es el de establecer contacto con el grupo familiar o conviviente, con que cuente el usuario, este primer acercamiento lo establece a través de una visita domiciliaria y en la confección de un informe socio- ambiental.

Es fundamental dentro del proceso de tratamiento, este contacto con el grupo familiar para la realización del tratamiento.

- Cabe destacar que en estos momentos la dirección de la institución está a cargo de la Lic. Lorea, Carla Trabajadora Social. La misma desarrolla acciones de gestión, coordinación general que hace al desarrollo institucional y por otra parte sigue desempeñando su rol de Trabajo Social dentro del esquema de tratamiento.
- La percepción que tengo respecto a la problemática, podría decirte que ha variado en estos últimos años. Cambio en relación a la magnitud y complejidad, no podemos pensar la problemática de adicción como un hecho aislado sino que responde a una multiplicidad de causas. Por un lado tenemos los factores personales, institucionales, familiares, contextuales y lo espacio-temporal.

Factores personales: que inciden de manera fundamental en el desarrollo y continuidad de los tratamientos. Hay que pensar como es la persona adicta, su estructura de personalidad, son pocos tolerantes, no respetan límites, con una voluntad empobrecida. Hay que pensar su vida cotidiana, se aburren de su tiempo, no tienen una organización, ni un proyecto de vida y transmiten el mismo desgano para con el tratamiento.

Factores institucionales: es otro factor que hay que tener en cuenta ya que los paros y huelgas institucionales han sido un obstáculo, por distintos motivos.

Factores familiares: sin redes familiares o sociales es muy difícil sostener el tratamiento y llegar a buen pronóstico. Es fundamental el acompañamiento ya que es un proceso que requiere de mucho esfuerzo y voluntad tanto de la persona como de su familia.

Factores contextuales: generalmente el contexto se ha tornado un obstáculo, la baja tolerancia a la frustración, a la espera, etc. El contexto de consumo influye.

Factor espacio-temporal: la falta de espacios físico institucional hace que no se pueda trabajar con todo el grupo familiar y no hay tiempo para que cada uno de los integrantes puedan exponer sus vivencias, sentimientos, miedos, dudas, etc.

- El rol que cumple el Trabajador Social en este esquema de tratamiento es como ya mencione, un primer acercamiento con el grupo familiar a través de una visita domiciliaria, también se interviene en la fase de egreso del tratamiento, haciendo las visitas a los seis meses, al año y medio y dos años de haber obtenido el alta asistida.
- Desde nuestra disciplina lo que favorece a la evolución del tratamiento se podría decir que es específicamente el de acompañamiento y sostén luego de el alta asistida. Es importante estos encuentros y seguimiento luego que salió de la institución, lo que permite en estos encuentros pautados observar si ha podido sostenerse y adaptarse sin recaer en el consumo.
- La relación con el equipo de profesionales es muy fluida, abierta y se trabaja en forma interdisciplinaria, cada uno hace su aporte desde su especificidad. A través de las reuniones de equipo se socializa toda la información acerca de cada uno de los casos que han ingresado a la institución y la evolución del proceso de tratamiento de toda la población atendida.
- El abordaje de trabajo con la familia es muy importante, se realizan reuniones con la red social de cada asistido, las mismas son programadas y en estos espacios se hace un análisis de la dinámica familiar, son ellos quienes exponen su situación, necesidades, miedos y dificultades para llevar adelante el tratamiento. Se los orienta y contiene para continuar en el proceso de tratamiento de su familiar, ya que sin el sostén del grupo familiar es más difícil lograr un desarrollo favorable del tratamiento.
- Los niveles intervención que se abordan desde la institución son individual y grupal. Individual a través de los espacios terapéuticos, grupales en reuniones semanales con todos los grupos familiares. En cuanto lo comunitario, se realizan charlas o talleres en distintos barrios.
- De acuerdo con los dispositivos con que cuenta la institución que son:

Tratamiento ambulatorio; Casa de medio día; Comunidad terapéutica.

Se intenta dar respuesta a cada una de las necesidades y particularidades de cada una de las personas que se acercan a la institución en busca de ayuda para resolver su problemática de adicción.

Protocolo de entrevista

Cargo: Licenciada en Psicología.

Institución: C.P.A.

- La problemática que se aborda desde la institución C.P.A es de droga dependencia, su uso y abuso de drogas.
- La modalidad de abordaje es la siguiente: se realiza un diagnóstico en una primera instancia a través de una entrevista que la realiza generalmente el operador socio- terapéutico. Luego la entrevista familiar que la realiza el psicólogo y a partir de ahí se deriva al dispositivo conveniente.

El trabajo es con familia que se realiza a través de dos reuniones. Grupos de pacientes combinados con familias y grupos de familias.

- Operador Socio- terapéutico: tiene que ver con lo normativo, con que se adapte el tratamiento, pautas, respetar horarios, etc.

El Psicólogo intervine más en lo conflictivo individual, familiar. Sino existe una red familiar, se busca un referente, un amigo, un vecino, un patrón, etc.

El Trabajador Social realiza las visitas domiciliarias, los informes socio-ambientales.

El Profesor de Educación física es el encargado de las distintas actividades recreativas, llevando a cabo el proyecto de natación en el Emder, espacio cedido para tal actividad, dos veces por semana.

El Medico Clínico y el enfermero se encargan de la salud física de la persona, realizando distintos controles.

El Médico Psiquiatra evalúa en caso de ser necesario para luego medicar.

- No en este momento no se cuenta con ningún tipo de capacitación interna, si realizamos cursos, jornadas pero independientes a la institución.

- Se realiza semanalmente una reunión de equipo, a la cual asisten todos los profesionales incluyendo al personal administrativo. Durante las mismas se comunican temas relevantes acerca de los usuarios, la evolución de los tratamientos, se socializan entrevistas realizadas con las familias, y cuestiones que surgen en las diferentes intervenciones.
- Desde la institución se trabaja con distintos niveles de intervención: individual, grupal y comunitario a través de charlas o talleres que se realizan en diferentes barrios, conjuntamente con otros profesionales.
- Desde mi disciplina creo que lo que favorece la adherencia al tratamiento es el acompañamiento durante todo el proceso ya que nuestra intervención comienza desde el inicio, hasta el final del tratamiento. Incluso cuando los usuarios son dados de alta, a través de encuentros programados.
- El tratamiento consiste en que la persona pueda dejar de consumir logrando tomar conciencia de que se trata de una problemática social, por lo tanto requiere de un tratamiento y compromiso de asumir la responsabilidad en este proceso.
- Los grupos son reducidos, no son mas de 10 personas, ya que los espacios con que cuenta la institución no son muy amplios el tiempo es de 1 hora por lo cual no llega a exponer cada uno de los familiares o personas que realizan el tratamiento.
- Si tuviera que darte un porcentaje de las personas que sostienen el tratamiento diría un 30%. Aunque no puedo establecer una hipótesis de las causas ya creo que entran en juego una multiplicidad de factores.
- Creo que el acompañamiento familiar de la persona es fundamental, aunque no es excluyente para la realización del tratamiento. Porque como te dije antes, se intenta generar otras redes para aquellas personas que no cuentan con un acompañamiento familiar.

Plan Be

Protocolo de entrevista

Profesión: Lic. en Psicología.

Cargo: Directora Terapéutica.

PROBLEMÁTICA SOCIAL:

- "Plan Be" surge en el año 2009 en el mes de febrero como un proyecto y comienza a funcionar en el mes de mayo del mismo año en Mar del Plata, es una institución que ofrece un tratamiento interdisciplinario a través de consultorios externos.

Al principio quisimos un nombre que fuese claro y transmitiera nuestro objetivo de trabajo. La idea de "Plan Be" está dirigida a personas que probaron con distintos "Plan A", y buscan otra opción de tratamiento de su problemática. Quienes integramos "Plan Be" nos conocimos trabajando en distintas opciones de tratamiento que ya están en la ciudad desde hace tiempo.

A partir de esa experiencia nos preguntamos ¿Qué pasa con la gente que consume y "se le fue de las manos" pero que conserva áreas sin daño o con un daño tal que no implica la internación de un tratamiento restrictivo, internación u hospital de día? ¿Qué pasa con aquellos que han hecho su tratamiento correctamente y en la etapa de reinserción no se pueden integrar y recaen?, estos nichos no estaban específicamente contemplados en las propuestas de tratamiento y "Plan Be" ofrece una alternativa, a esa gente que durante la semana trabaja, está bien con su familia, tiene vínculos relativamente sanos. Las respuestas que pudimos encontrar a nuestras preguntas y el método para concretarlas es "Plan Be".

Agrego algo, hay otro grupo de población, que son aquellos que sufren patologías como las psicosis u otras de mayor o menos gravedad que consumen y son difíciles de integrar en tratamientos estructurados. Nosotros los recibimos y evaluamos que tipo de tratamiento se les puede ofrecer. Ya que son pacientes que para una clínica psiquiátrica "son drogones" y para una comunidad terapéutica "son locos", siempre entre dos aguas y los tratamientos son frecuentemente

adaptaciones del modelo de abordaje institucional y nunca son abarcados totalmente.

- “Plan Be” es una Asociación Civil sin fines de Lucro. Personería Jurídica 30.011.
- Si bien los objetivos aun no fueron explicitados por escrito. El objetivo es que la persona que solicito su admisión, no pierda tiempo, lo primero que ofrecemos es la evaluación de su estado, seguida de la entrevista de devolución con un plan de tratamiento y el diagnostico presuntivo, se entrega esto por escrito y puede ser presentado a la institución donde se lo derive en calidad de informe preliminar.
- No se trabaja con obras sociales, ni tampoco esta en nuestros planes hacerlo. Sin embargo se le facilita al paciente la información necesaria, así como también el tipo de tramite ha realizar, para que su obra social pueda cubrir el tratamiento.
- En Plan Be la estructura organizativa se compone con cinco profesionales, únicamente profesionales universitarios del área de la salud. Se trabaja con un cupo máximo de 20 pacientes para conservar la identidad del dispositivo.
- Como profesionales responsables encontramos:

Al Director Medico especialista en psiquiatría y psicología medica Dr. Juan José Beltrami. Todos los pacientes tienen como mínimo una entrevista psiquiátrica donde se abordan las cuestiones médicas, se realiza el control farmacológico. Si es necesario en algunos casos y a pedido del medico el paciente concurre con un familiar a dicho espacio.

Como Directora terapéutica encontramos a la Lic. en Psicología Carla Di Napoli Vita, en el área de Psicología se desempeñan además el Lic. Gabriel Fadón y la Lic. Ana Scoccimarro. Estos tres profesionales se desempeñan en los espacios de terapia individual de cada paciente, con casos que el equipo considera necesario se llevan adelante espacios vinculares por ejemplo entre madre- hijo, o parejas.

A cargo del área Social y familiar la Lic. En Servicio Social Virginia Vaccaroni.

- Al hacer referencia del espacio físico, la propiedad es alquilada. La institución cuenta con cinco espacios diferenciados, un salón de usos múltiples donde generalmente la Trabajadora Social lleva adelante su intervención, una cocina, un patio y tres consultorios utilizados por los distintos profesionales en diferentes horarios.

Es importante mencionar que al ingresar a la institución, las personas son recibidas por una secretaria, contando con una confortable sala de espera.

- La comunicación es horizontal entre todos los miembros del equipo profesional. La información circula de forma fluida en las reuniones de equipo, teniendo un tratamiento privilegiado en cuanto a la permeabilidad, en los espacios de psicoterapia individual y grupal para proteger la intimidad de dichos espacios.
- Las reuniones de equipo se realizan los días lunes y jueves de 20hs a 23hs, se discute abordando caso por caso, se elaboran los diagnósticos y las intervenciones que se llevaran adelante con cada paciente.
- Así mismo se efectúan una vez por mes supervisiones en equipo para abordar a algún paciente en particular pacientes, para dichas supervisiones se contratan profesionales especializados en distintas temáticas y problemáticas por ejemplo psicólogos, psiquiatras etc.
- Se ejecutan además ateneo de casos en forma interna en equipo de trabajo, los mismos muchas veces se realizan antes de las supervisiones.
- El equipo trabaja con los niveles de intervención individual y familiar.
- Se trabaja en red, respondiendo la particularidad de cada uno de los casos.
- La demanda de los pacientes es espontánea, es decir el paciente o un familiar se hace presente en la sede solicitando información sobre el tratamiento y abordaje, en otras ocasiones consultan telefónicamente y solicitan el turno de la misma forma.

- En otros casos los pacientes son derivados por distintos profesionales de la salud que conocen el funcionamiento del dispositivo ej. Médicos psiquiatras o psicólogos etc.

PROBLEMÁTICA SOCIAL:

- La problemática que se aborda desde la institución “Plan Be”, es el tratamiento de personas y su entorno que se encuentran afectados por el consumo inadecuado y desadaptado de sustancias adictivas con o sin patologías asociadas.
- Yo no considero que sea una enfermedad ni un cuadro en sí la adicción, desde mi disciplina creo es que “una forma de expresión de distintas problemáticas que tiene la persona”, creo que siempre se terminan trabajando otras cuestiones no solo la droga.

Cualquier cosa que pase siempre esta en un contexto social, familiar una historia. Un organismo, un montón de situaciones que hacen que cada caso sea completamente particular. Creo que la adicción siempre incluye estos componentes.

- El perfil del paciente es heterogéneo, mayormente en esta institución son varones, no quiere decir que las mujeres consuman menos, simplemente que a tratamiento no llegan tantas mujeres, dado que a las mujeres les cuesta mas sostener los tratamientos aunque no podría establecer una causa. Es importante destacar que trabajamos con pacientes con un alto nivel de consumo, otros pacientes con consumo mínimo que sienten que dependen de la sustancia.

Hay pacientes donde prima la problemática familiar o social donde el consumo es secundario.

- En cuanto al deterioro de los pacientes, durante estos dos años y medio creo que no se ve que lleguen a tratamiento mas deteriorados.

Yo trabajo hace muchos años en adicciones y lo que si puedo afirmarte es que los pacientes están más deteriorados comparando por ejemplo con la década

del 90 e incluso la edad de inicio en el consumo ha disminuido con el pasar de los años. Lo asocio a la poli adicción.

- Decimos que “Plan Be” es artesanal y personalizado, tiene un limite de pacientes en tratamiento, es decir que hablamos de un cupo de pacientes para que la institución conserve estas características.
- El cupo o número de pacientes con los que se trabaja es aproximadamente entre 16 y 20, de ambos sexos mayormente masculinos.

Las edades de los mismos son variadas al momento van desde los 16 hasta los 60 años.

- La demanda de los pacientes en su mayoría es espontánea, es decir el paciente o un familiar se hace presente en la sede solicitando información sobre el tratamiento y abordaje, en otras ocasiones consultan telefónicamente y solicitan el turno de la misma forma, derivados por algún profesional que recomendó el lugar.
- Los mecanismos que llevan adelante para el sostenimiento del tratamiento, puedo decirte el seguimiento y apoyo constante. Por ejemplo abrir la institución un domingo en un momento de crisis del paciente, acá trabajo de una forma diferente a como lo hago en mi consultorio particular.

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO:

- El equipo de trabajo esta conformado, desde aproximadamente dos años, se puede decir desde que se inicio “Plan Be”.
- Aquello que favorece la adherencia al tratamiento puede ser la transferencia, no la transferencia con el profesional psicólogo sino con la institución como con algún profesional de esta.
- El objetivo del tratamiento considero que es facilitar que la persona se haga menos daño y pueda comenzar a reflexionar, a generar espacios para preguntarse y pensar. Sino dejo de drogarse pero pudo hacer eso ya le sirve, si después de eso deja de drogarse fantástico, pero no es nuestro objetivo. La idea es que se vincule con sus distintas áreas esto tiene que ver con nuestro objetivo.

Yo me siento bastante satisfecha en cuanto al logro del objetivo. Incluso en los casos en los que hemos tenido que derivar considero que hemos hecho algo.

- Para nosotros el acompañamiento familiar es un requisito para el inicio del tratamiento, ya que sea demasiado difícil el trabajo con el adicto solo. Si la persona no cuenta con una red familiar se intenta trabajar con referentes de ese paciente, que puedan acompañarlo en el transcurso del tratamiento.
- Si hay pacientes que abandonan el tratamiento pero no puedo establecer una hipótesis ya que existen una multiplicidad de factores.

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Protocolo de entrevista

Profesión: *Trabajadora Social.*

- La modalidad de abordaje de la problemática desde el Trabajo Social constituye un pilar al comienzo de la mayoría de los tratamientos, el objetivo es contener, orientar al entorno, reforzar la adherencia al tratamiento, y la conciencia de enfermedad. La riqueza de este aporte permite intervenir tanto en la Sede de "Plan Be", como en el hogar, el trabajo, la escuela, etc.
- Dentro del esquema de tratamiento el rol que cumple el Trabajador Social tiene como eje los aspectos sociales y familiares del paciente.
- La Trabajadora Social realiza tareas de evaluación ambiental, visitas domicilias, exploración y revalorización de recursos socio-familiares.

Consideramos que la recuperación del paciente se sostiene en las áreas preservadas del entorno.

- Considero que existe una percepción negativa hacia la problemática, producto del desconocimiento, lo que provoca miedo porque se desconoce culturalmente, como antes lo era la locura, el SIDA, la diabetes, la tuberculosis, etc. Si bien hoy se ha evolucionado en cuanto al conocimiento de las adicciones aun existen quienes le temen a "los drogones".

- Creo que desde nuestra disciplina lo que favorece a la evolución del tratamiento es la “contención y el acompañamiento”, ya que si bien contamos con nuestra especificidad, no tenemos un rol estructurado lo que nos permite “poder entrar en aquellos huecos donde otros profesionales no acceden”. Y de esta manera empezar a hacer nuestros propios espacios como Trabajadores Sociales.
- En el equipo de profesionales los roles están claros y bien diferenciados, sin embargo la comunicación es fluida. “Acá hemos logrado algo distinto que el Trabajo Social este a la par e incluso por encima de las otras disciplinas” .
- La trabajadora Social cada tres meses realiza entrevistas de síntesis, son entrevistas de balance y deben concurrir al espacio pautado toda la familia o la red con que cuente el paciente y que hayan intervenido en el transcurso del tratamiento.

En tal espacio se trabaja con técnicas, que han sido pensadas para esa situación. También se fijan objetivos con toda su red, tíos, primos, vecinos, etc.

En esta primera fase inicial, se pregunta al paciente y su red ¿Qué quieren? ¿Qué objetivo tienen?

Las respuestas no son siempre dejar de consumir, expresa la Trabajadora Social. Muchas veces sus objetivos son mejorar sus relaciones vinculares y comunicacionales con sus padres, hermanos, etc.

- Otro de los aspectos que se encarga la Trabajo Social., si bien se evalúa en equipo, es en caso de que el paciente se encuentre en riesgo y requiera de una internación, se lo deriva a “Posadas del Intí” o en caso de ser necesario a una clínica psiquiátrica. También se ha dado intervención al Tribunal de Familia. En estos casos que se realiza una derivación hacia otra institución, la trabajadora Social acompaña a la familia hasta el momento de la internación y ahí termina su intervención.
- Respecto a las visitas domiciliarias que realiza la Trabajo Social son en casos puntuales, no es un requisito del tratamiento la visita al domicilio.

También en caso de ser necesario, en situaciones concretas se acuerda asignar un acompañante terapéutico, que es elegido por la institución.

- La problemática se aborda desde los niveles individual y familiar.
- En “Plan Be” se aborda la problemática de una manera muy particular, es lo que la diferencia de las demás instituciones. Para cada paciente y su familia, que constituyen un universo particular, luego de la entrevista de admisión que se realiza con el paciente en un primer encuentro a través de una demanda espontánea, se evalúa en la institución si corresponde ir a un tratamiento o no, que tipo de tratamiento y fundamentalmente se estructura un tipo de tratamiento para cada paciente.
- No hay estructuras de tratamiento estandarizadas, todo lo contrario, para cada caso en particular hay una forma de trabajo, técnicas de trabajo individual y familiar que se adecuan para esa situación y grupo.
- Cada dispositivo atiende a cada una de las necesidades individuales

Casabierta

La institución comienza en el año 1996. Por iniciativa de un grupo de profesionales de psicología y psiquiatría provenientes de diferentes instituciones del ámbito público y privado, uno de sus miembros fue directivo del Hospital General de Agudos, en el Área de Salud Mental, durante la década del 80, (Doctora: Sáenz, María del Carmen).

La pertenencia a estos espacios motivaron la creación de Casabierta "Hospital de Día", término que reúne dos conceptos que dan como resultado una nueva alternativa, que será superadora para los pacientes, que necesitan cuidados intensivos, permitiendo un encuadre ambulatorio.

¿Por qué Casabierta? Casa porque es el primer mundo del ser humano, Abierta porque los profesionales de las distintas áreas de salud mental, se convocan en una propuesta que contiene diferentes modalidades. Sumando esfuerzos para una mejor comprensión y atención del paciente.

Abierta en cuanto a una posición dinámica que implique llegas a la individualidad de cada paciente. Mediante un trabajo artesanal y creativo.

- Casabierta es una institución privada, una Asociación civil.
- El objetivo de la institución es que el paciente sea autónomo e independiente. Por eso se trabaja con la disminución de jornada orientada a un alta.
- Los tipos de prestaciones que realiza la institución son a través de distintas obras sociales, como OSDE, IOMA, Mutual (OSPAT), Mutual SUMA y PAMI.
- Estructura organizativa de la institución:

Directora General de la institución: Dra. Sáenz, María del Carmen.

Coordinador de Hospital de Día: Lic. Mastromarino. Mariana.

Coordinador del Grupo de Reflexión: Dra. Sáenz, María del Carmen.

Coordinador del Taller de Terapia Ocupacional: Lic. Mastromarino, Mariana.

Coordinadora Taller de inserción laboral/ocupacional. Lic. Lalli, Alejandra.

Terapeuta familiar: Lic. Fadón, Gabriel.

Técnicos:

Coordinador de Taller de canto: Gasse, Benjamín.

Coordinador de Taller de Plástica: López, Jorgelina.

Coordinador de Taller Percusión, Ritmo, Comunicación y Movimiento: Waiman, Fernando.

Coordinador de Taller de Teatro: Torreiro, Carlos.

Coordinador de Taller de Educación Física: Baliño, Gustavo.

- Al hablar de roles en líneas generales puedo decirte que el Psiquiatra realiza el control mensual de la medicación de los pacientes, además participa en las asambleas comunitarias. El Enfermero es quien se encarga de la toma de la medicación de los pacientes, y su acompañamiento durante la jornada, supervisando algunas actividades. Los Terapistas Ocupacionales están a cargo de la gran parte de los distintos talleres que se brindan en el tratamiento a excepción del taller de Inserción Laboral a cargo de la Lic. en Servicio Social quien interviene trabajando la revalorización de los derechos de los pacientes, la orientación socio-educativa.

- Si bien es una institución que nace desde profesionales psiquiatras y psicólogos, no son estas disciplinas las que priman a la hora de la toma de decisiones. Ya que predomina una forma de trabajo interdisciplinario y un circuito de comunicación horizontal entre los participantes del equipo.

- El espacio físico es amplio, luminoso, el mismo cuenta con dos plantas, las cuales poseen espacio suficiente para desarrollo de distintas actividades.

Si bien el Trabajador Social no posee un espacio físico determinado, utiliza la sala de usos múltiples (SUM) como oficina, lugar que cuando es requerido para algún taller o reunión debe ser abandonado, utilizando algún consultorio si es que lo hubiere disponible o la oficina de recepción.

- La dinámica del equipo de trabajo se desarrolla con reuniones semanales, siendo el día acordado los miércoles de 8 a 9:30 horas. A las mismas asiste todo el equipo de profesionales, durante estas se presentan los nuevos casos recibidos durante la semana, se evalúa en conjunto el tipo de tratamiento que van a recibir

estos pacientes, se hace el seguimiento de los casos existentes y se propone un plan de acción.

La vinculación dentro del equipo técnico es netamente profesional, dinámica, fluida y dialógica permitiendo el intercambio reciproco de las situaciones que se abordan. Promoviendo el enriquecimiento mutuo de acuerdo a cada especificidad.

- El eje de intervención con los que trabaja el equipo es el grupal. Las intervenciones individuales se realizan únicamente para el control farmacológico.

Se indica tratamiento individual en caso de que el equipo profesional así lo requiera, y dependiendo de su obra social se realiza en al institución o fuera de la misma

- Si, se trabaja en red con las siguientes instituciones:

Tribunal de Menores, Defensorías.

Coordinación con el Equipo de Orientación Escolar (EOE) de las diferentes escuelas, en casos derivados por las mismas.

Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA), Hospital Materno Infantil, y ONGs.

Clínica Psiquiátrica, Centro El Faro, Posada del Inti, Centro de la Costa.

- En la institución no se cuenta con una guardia permanente dado que la modalidad de la misma es Hospital de día, medida intermedia para evitar la internación del paciente.

En caso de requerirse internación se articula con aquellas instituciones con las cuales se trabaja en red.

- Los pacientes llegan a la institución en forma particular o judicial.

PROBLEMÁTICA SOCIAL

- Desde esta institución se abordan patologías duales, casos de psiquiatría y en otras situaciones se presentan adicciones.

INTERVENCIÓN PROFESIONAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

- El Trabajador Social se halla inserto en la institución formando parte del equipo interdisciplinario.

- La problemática social que aborda la institución es variada y compleja va desde consumo hasta psicosis con consumo, psicosis, trastornos alimenticios y otras.

Es por eso que la intervención resulta compleja, por la variedad de diagnósticos con los que nos encontramos.

- El Trabajador Social esta a cargo del taller de inserción laboral, el objetivo del taller es recuperar redes del afuera, reflotarlas. “no buscamos crear nuevas redes vinculares sino reflotarlas” se interviene trabajando cuestiones laborales, de ocio, recreativas. “ es trabajar en el afuera que también los excluyo e hizo que hoy se encuentren acá en la institución”.

Se Indagan distintas cuestiones, como sus derechos, cuestiones familiares, brindando distintas herramientas para que el paciente pueda desenvolverse en el afuera.

- Se puede decir que el rol del Trabajador Social es orientador, socio-educativo sin perder de vista los objetivos.

Al Trabajo social se lo tiene muy en cuenta en los Centros de día de salud mental, yo diría que hasta muchas veces dirige. La relación con el resto de los profesionales es excelente, ya que cada uno hace su aporte para una construcción conjunta.

- Se intenta tener contacto fluido con la red familiar del paciente, “hablar todo el tiempo” dado que esta es una modalidad de Hospital de Día, y después de las 17horas regresan con su red vincular. Razón por la cual se realizan visitas domiciliarias, se cita a las familias a la institución.

Cuando hay cuestiones que exceden a nosotros, nos comunicamos con la red institucional del paciente, por ejemplo PAMI.

- El eje de nuestra intervención es grupal, sin embargo se realizan intervenciones individuales con los pacientes, como visitas a su domicilio, entrevistas en sede a la familia.

- Sí, se trabaja fundamentalmente teniendo en cuenta las particularidades del paciente, ya que considero que es imprescindible para la evolución del tratamiento.

Posada del Intí

CENTRO DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA INTEGRAL DE LAS DEPENDENCIAS

Protocolo de entrevista

Cargo: Director: Messina, Jorge Fabián.

Profesión: Operador Socio-Terapéutico.

- El año dos mil genero en mí una necesidad interna de volcar la experiencia de años de trabajo en instituciones de otras ciudades del país, que seguramente me ayudaron a ver distintos abordajes, pero desde la Capital Federal el deseo era claro, el desafío estaba instalado en que esta "institución virtual" pudiera funcionar en mi ciudad natal Mar del Plata.

Así se fueron dando los primeros pasos, convocando profesionales, amigos, familiares, ciudadanos que estaban de acuerdo que a este lugar, entre tantas otras cosas, se le debía un proyecto de estas características, ya que los que había eran insuficientes para la demanda que día a día se generaba en una ciudad que tristemente encabezaba los índices de desocupación y pobreza del país.

En diciembre del 2001 la decisión estaba tomada, comenzar el año con una Campaña de Prevención en Dependencias para los habitantes de la ciudad y a todos aquellos turistas que vengan a veranear en esa época.

Se repartieron afiches, se dieron conferencias, los medios hicieron eco a una propuesta que no hablaba de drogas, sino que apuntaba mas que nunca a la fe, a la esperanza, a discutir como podemos lograr un mejor bienestar espiritual, que seguramente será la mejor forma de que las sustancias no destruyan más individuos en crisis.

Paralelamente se fue logrando la Personería Jurídica, la entidad de Bien pública Municipal, se convoco a miembros de la iglesia Católica, Evangélica, políticos de derecha e izquierda, comerciantes, etc. La idea era clara “las Drogas no respetan credos, niveles sociales ni inclinaciones políticas”.

Este mensaje fue captado rápidamente. La “Congregación Franciscanas Misioneras de María”, nos ofreció por tres años a comodato la sede de Ayacucho 5081, fue en este lugar donde se empezó a dar atención a los primeros pacientes, donde la Iglesia Evangélica bautista nos acompaño de varias formas (dinero, medicación, alimentos, etc.). Los comerciantes colaboraban dentro de las posibilidades que la crisis les permitía (febrero, marzo 2002).

- Posada del Intí, es una institución que se conformo como Asociación Civil sin fines de lucro (ONG), con Personería Jurídica Nº 23.693 de la Provincia de Buenos Aires. Entidad de Bien Público Municipal Nº 367, Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, inscripta en la Superintendencia de Salud de la Nación, en La Sub-Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, en la Secretaría de la Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (Sedronar). Cuenta con convenio con el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires.
- Los objetivos de la institución son.
    - Generar un espacio donde cada individuo pueda aceptarse como una persona con posibilidades y aptitudes para afrontar dificultades creativamente, estimulando nuevos canales de comunicación para el logro del bienestar individual, social y familiar.
    - Generar un proceso que apunte a elevar la posición del sujeto como ser autónomo, a través de un abordaje personalizado.

- Trabajamos aproximadamente con 40 obras sociales diferentes;

O.S.U.T.H.G.R.A, O.S.P.A.G.H.A, O.S.A.R.P.H.Y, O.S.P..A.G.A, O.S.P.S.A, O.S.D.O.P, O.S.P.E, O.S.E.P.J.A.N.A, S.O.M.U, O.S.D.E, P.A.M.I, O.S.I.F,

O.S.E.C.A.C, E.M.S.Y.S, O.S.E.T.I.A, O.S.P.I.A, O.S.B.A. Obras Sociales de Jefes y oficiales Maquinistas Navales, Obra Sociales de Choferes Camioneros entre otras.

- Posada del Intí cuenta con un equipo de cuarenta profesionales entre Operadores Socio Terapéutico, Psicólogos, Psiquiatras, Médicos Clínicos, Profesora de teatro, coro, Terapistas Ocupacionales, Asistente social, Nutricionista, Profesor de educación física.

ORGANIGRAMA DE LA INSTITUCIÓN

Dirección general

Fabián, Messina (Operador Socio-terapéutico)

Dirección Terapéutica:

*** Lic. Silvia Sáenz**

(Psicóloga)

Dirección Médica:

*** Dr. Sergio Zuzulich**

(Medico Psiquiatra)

Controles médicos/clínico

*** Dr. Marcos Tomasi**

(Medico Clínico)

Control Nutricional

***Lic. Riba Guillermina**

(Nutricionista)

Coordinador general

* **Sr. Humerez Pedro Marcos**

*** Prof. Silvia Jiménez (Docente de Teatro)**

*** Claudia García (profesora de Educación)**

(* Rotan por las distintas instituciones)

COMUNIDAD TERAPÉUTICA “San Francisco de Asis”

Coordinación:

Sr. Messina, Pablo (Operador Socio terapéutico).

Staff:

Dr. Zuzulich, Sergio (Medico Psiquiatra).

Dr. Valencia, Nestor (Médico clinico).

Etchart Emiliano (Operador Socio-terapéutico).

Messina, Sebastian (Operador Socio-terapéutico).

Etchart, Juan (Operador Socio-terapéutico).

Fernandez Sergio (Operador Socio-terapéutico).

Lic. Mauro Pino (Psicologo).

Lic. Fittipaldi Mariela (Psicologo).

Lic. Pannaggio Natalia Magalí (Psicologa).

- **Comunidad Terapéutica “Inti Huasi”**

Coordinación

Messina, José Luis (Operador Socio-terapêutico).

Staff:

Lic. Naddeo Diego (Psicólogo).

Lic. María Cruz Berra (Psicóloga).

Lic. Villalva María Laura (Psicóloga).

Messina, Nicolas (Operador Socio-terapêutico).

Britos, Dario (Operador Socio-terapêutico).

Mazza, Dario (Operador Socio-terapêutico).

Sr. Gallo, Rigoberto (Operador Socio-terapêutico).

Sra. Kaudell, Margarita (Profesora de música).

- **Centro de Día**

Coordinación

Sr. Alegre, Matías (Operador Socio-terapêutico).

Sr. Alvarez, Adrian (Operador Socio-terapêutico).

Sra. Gimenez, Cadela

Staff

Lic. La Torre, Paula (Psicóloga).

Evaluación y Diagnóstico

Lic. Sáenz, Silvia

Sr. Alegre, Matias

Dr. Zuzulich, Sergio

Área familiar

Coordinación

Lic. Vicente, Alejandra (Psicóloga).

Sra. Romero, Norma (Coordinadora Grupo de Padres)

Lic. Almejun, María Agustina (Psicóloga).

DEPARTAMENTO DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Staff:

Sra. Pérez, Cynthia. (Secretaria administrativa).

Sra. Notario, Maria, Elena (Secretaria administrativa).

Sra. Achcar, Cristina (Secretaria administrativa).

Sr. Bispo, Carlos (Asesor Impositivo).

Lic. Echeverria, Gastón (Licenciado en Servicio Social).

Dr. Carmona, Carlos (Abogado).

DEPARTAMENTO DE INTEGRACIÓN SOCIAL/ AMBULATORIO

Coordinación General:

Sr. Húmerez, Pedro (Operador Socio-terapêutico).

Staff:

Lic. Val, Lorena (Psicóloga).

Sr. Nigro, Juan Carlos.

- Los roles de los profesionales en líneas generales son

El Psicólogo comienza a establecer contacto con la familia luego de que ésta se adhirió a las pautas institucionales de tratamiento. El enfoque terapéutico se centrará en el funcionamiento e intervención familiar, ya sea con los padres del paciente o las parejas del mismo, a través de las modalidades de grupo de padres, de parejas y entrevistas individuales por demanda de la familia o por solicitudes desde el área**.**

"Se busca que el Trabajador Social no solo intervenga con la familia, por tal motivo desarrolla su intervención dentro del Departamento de Relaciones Institucionales, realizando proyectos de investigación, generando un trabajo en red con otras instituciones para la particularidad de cada caso.

Los especialistas en coordinación de familias en conjunto con el Trabajo Social se encargan del acercamiento y tratamiento de las familias para que puedan generar estas, los cambios necesarios para un acorde acompañamiento al proceso terapéutico del paciente.

En mi opinión "el Operador Socio-terapéutico sostiene el 95% del tratamiento"

Su tarea es la de generar el primer acercamiento afectivo con los pacientes, ya en tratamiento propiamente dicho, posibilitado esto por su tarea en la coordinación de grupos comportamentales o de cambios de hábitos, llevar a cabo el control social en el dispositivo de tratamiento, realización de las guardias de 24 horas, la participación en coloquios en el acompañamiento y realización en actividades recreativas y/o sociales.

La Terapia Ocupacional con sus espacios individuales y grupales, lo mismo que la psicopedagóga tienen a cargo entre otras actividades el departamento infanto juvenil.

El Psiquiatra desde el primer contacto con el paciente con la institución y a lo largo del proceso terapéutico lo entrevistara semanalmente en lo que se denomina el control psiquiátrico, mediante el cual podrá definir el diagnostico.

Cada uno de ellos, tiene en su espacio específico, la posibilidad de vincularse desde su profesión e interactuar con el paciente, lo que les brinda una mirada particular.

- La comunicación es totalmente fluida entre todos los miembros del equipo, porque se considera que es fundamental la circulación de la palabra entre todos los profesionales.
- En cuanto a los espacios físicos, contamos con dos Comunidades Terapéuticas dentro de la Ciudad de Mar del Plata, las mismas tienen una capacidad para 30 pacientes, y tres consultorios que son utilizados por los distintos profesionales, en la medida en que se requiera.

Mientras que en el Departamento de Relaciones Institucionales se encuentra el área directiva, un espacio administrativo un consultorio dedicado a entrevistas y sala de espera.

- El equipo de trabajo se reúne semanalmente, generalmente los viernes, ya que los fin de semana son muy particulares para los pacientes, especialmente para aquellos que se encuentran realizando un tratamiento ambulatorio.

Durante las reuniones se informa acerca de distintos temas como la evolución de los pacientes, las entrevistas realizadas. Cada profesional realiza su aporte desde su disciplina.

- Se trabaja con los niveles de intervención individual y grupal, aunque estamos trabajando en un proyecto de prevención orientado a toda la comunidad.
- Si trabajamos en red con otras instituciones tales con ONGs, Programa Envión, CPDEN (Centro de Protección de Derechos del Niño), EOE (Equipo de Orientación Escolar). CPA (Centro provincial de Adicciones),
- Las personas llegan a la institución de diferentes formas, por derivaciones del CPA, y de otras instituciones, otros en forma espontánea y otros judicializados.

Protocolo de entrevista

Institución: Posada del Intí.

Profesión: Lic. en Psicología.

***Cargo*:** Psicóloga.

PROBLEMÁTICA SOCIAL

- Se atiende a pacientes con Adicciones bajo un tipo de tratamiento de modalidad ambulatoria y/o de internación; a través de diferentes dispositivos: Comunidad terapéutica, Centro de día, Centro de medio día, Consultorios externos e Integración social.
- "En primer lugar puedo decirte que la problemática es compleja, porque si bien el denominador común entre los pacientes que ingresan es el consumo, la relación de los sujetos con la sustancia es particular en cada caso, independientemente de la sustancia consumida".
- En cuanto al perfil del paciente, es heterogéneo, si bien en la Comunidad Terapéutica en la que trabajo, solo se encuentran internadas personas de sexo masculino, la edad de las personas es variada, por ejemplo el paciente menor tiene 12 años y el mayor 60 años. Lo mismo sucede con el nivel de instrucción, creo que no puede establecerse una generalidad.
- En este momento estamos trabajando con 30 pacientes internados, la demanda variada, hay momentos en el año que hay mas pacientes y otros momentos en que la población internada disminuye.
- Como te explique anteriormente, la población atendida es heterogénea, no se puede establecer una generalidad en cuanto a la edad, el contexto social o económico.
- El deterioro de los pacientes que llegan al servicio: Es muy difícil contestar esa pregunta, porque no se puede establecer una generalidad, depende de la particularidad del paciente, de su estructura de personalidad. Esa singularidad de cada persona hace que haya pacientes con más recursos que otros.

- Te cuento como es la demanda, nosotros aceptamos pacientes derivados desde Sedronar, Subsecretaria de Atención de las Adicciones., desde los Centros de Protección y muchas veces es la familia quien los acerca a la institución.
- Para el sostenimiento del tratamiento desde la institución se hace énfasis en lo grupal, que esta dividido en varias partes, la tarea que realiza el Operador Socio-terapéutico. Y la intervención del Psicólogo que brinda su ejercicio en dos planos: los Grupos terapéuticos y la Terapia individual. En los Grupos terapéuticos a través de disparadores que traen dos de los pacientes que conforman el grupo y que eligen que tema exponer, buscamos como juega la identificación con aquello que expuso el compañero, que sentimientos genera esa temática en el resto de los miembros del grupo.

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

- Sí, trabajamos interdisciplinariamente conformando un equipo de trabajo, el tiempo de formación del equipo de trabajo es relativo, ya que hay profesionales que se encuentran trabajando hace años, mientras que otros que se fueron incorporando hace poco tiempo, como es mi caso particular.
- El equipo esta conformado, por un Médico Psiquiatra, tres Psicólogos, un Trabajador social, una Lic. en Terapia Ocupacional, psicopedagoga, un profesor de Educación Física y cuatro Operadores Socio-terapéuticos.
- En este momento no se cuenta con ningún tipo de capacitación interna, aunque se esta desarrollando un proyecto que tiene en cuenta la capacitación de los distintos profesionales así como también la Supervisión externa de los mismos.
- Las reuniones de equipo se realizan con una frecuencia semanal, generalmente los viernes.
- Se trabaja con los niveles de intervención individual y grupal.
- Cada profesional interviene desde su disciplina, intentando generar una construcción conjunta a través de los distintos aportes.
- Los pacientes que llegan a la institución tienen una historia de consumo y un contexto que hace que el dispositivo viable para su recuperación sea la internación, por eso creo que lo que favorece la adherencia al tratamiento es la

contención, y como te dije antes depende también de la particularidad de cada paciente y sus recursos.

- Aproximadamente son 30 pacientes los cuales se dividen en grupos formados por 10 o 12 pacientes, quienes trabajan acompañados por un Psicólogo y cada uno de los integrantes del grupo cuenta con terapia individual.
- Creo que el acompañamiento familiar es sumamente primordial, esencial y habilitador a la cura. Porque entiendo el consumo como una consecuencia de vivencias traumáticas que no han sido elaboradas, “un miembro de la familia opta por consumir cocaína, el otro vera que hace”. Creo que somos producto de una historia, de nuestra familia. Si bien no puedo decir que es un determinante, considero al acompañamiento familiar un condicionante.
- En cuanto al fracaso de los tratamientos, no puedo responder por el tiempo que llevo dentro de la institución, igualmente creo que son muchos los factores que inciden y es difícil establecer una hipótesis. Si considero condicionante el acompañamiento familiar, los recursos con los que cuenta el paciente etc.

Protocolo de entrevista

Institución: Posada del Intí.

Profesión: Lic.en Servicio Social.

Cargo: Lic. en Servicio Social

- En principio esta problemática esta vista desde el Trabajo Social, como una problemática netamente social, que no solo involucra al sujeto que consume sino también a su entorno familiar o social. Por eso acá en la institución se lo denomina Centro de Asistencia y prevención de Trastornos Psicofísicos y Sociales, lo que da un encuadre de trabajo social.
- En el contexto social, El trabajador Social tiene un riquísimo campo de intervención. Yo trabajo desde el enfoque sistémico, tomando a la familia como un todo, y no al individuo aislado.

Lo primero que se hace es tomar contacto con la familia, a través de los grupos de padres y esposas, para fortalecer las redes sociales del paciente y acompañar en el tratamiento.

- La idea es que ese acompañamiento familiar sea intensivo, regular y permita la continuidad del tratamiento. Brindando distintas herramientas a la familia través de un proceso de aprendizaje para lograr una evolución favorable en el tratamiento.
- La forma de trabajo con la red familiar es la que te mencione anteriormente. En caso de no contar con una red familiar se articula con algún referente del paciente y con distintas instituciones con el fin de trabajar en relación a sus derechos, tales como salud, educación, etc.
- La problemática desde el Trabajo Social se aborda desde el nivel individual y grupal pero familiar.
- La relación con el resto de los profesionales esta basada en un trabajo interdisciplinario llevado a cabo a través de reuniones que se realizan para el área familia los martes, y los viernes incluyen a todo el equipo.
- Existe una comunicación constante y fluida a través de llamados y envió de informes. Aunque predomina la visión del Psicólogo ya que el tratamiento esta orientado en esta disciplina desde la institución

ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizaron entrevistas en cuatro instituciones referentes de la ciudad de Mar del Plata.

Dentro de cada institución se entrevisto a cada Trabajador Social de dichas estructuras, como así también a distintos profesionales que conforman al equipo de trabajo.

En el Centro Provincial de Atención de las Adicciones se entrevisto a la secretaria dado que ella, es quien tiene el primer contacto con la persona que se acerca a la institución por lo cual creemos que tiene un rol fundamental.

Otros profesionales entrevistados fueron una Psicóloga, un Operador Socio-Terapéutico.

En Casabierta se entrevisto a la Directora Terapéutica de la institución quien es Licenciada en Terapia Ocupacional.

En Plan Be, se entrevisto a la Directora terapéutica quien se desempeña como Psicóloga.

En Posada del Intí se entrevisto al director quien es Operador Socio-Terapéutico y también a una Licenciada en Psicología.

En relación al origen de las instituciones abocadas al abordaje de adicciones, podemos mencionar que algunas han dado surgimiento producto de una iniciativa personal o de un grupo de profesionales, que frente a dicha problemática de adicción, la ciudad carecía de propuestas o alternativas variadas para abordar de manera eficiente la misma.

En las entrevistas realizadas a los distintos referentes claves de las instituciones, se pudo identificar que el nacimiento, origen o principio de éstas instituciones abocadas al tratamiento de adicciones, ha sido motivo de inquietudes individuales, personales y que respondiendo a sus intereses, aunaron esfuerzos y criterios para ofrecer una alternativa diferente de dispositivos, ya que lo que la ciudad de Mar del Plata ofrecía hasta el momento era insuficiente para la demanda que se estaba generando.

Atendiendo a los discursos de estos referentes claves, se evidencia que el origen de éstas instituciones es una iniciativa meramente personal, causada por la voluntad, anhelo de los distintos profesionales de ofrecer un sistema o estrategia,

en definitiva una institución que abarque de manera eficiente que logre contener, comprender y atender de forma completa a esta problemática tan compleja.

En líneas generales se puede identificar que el momento histórico del surgimiento de éstas instituciones es hacia fines de los años noventa, siendo la institución más reciente y con características distintivas es “Plan Be”, que surge en el año 2009, con características de una institución netamente privada y con un cupo reducido de personas que ingresan a dicho dispositivo de tratamiento.

La ubicación geográfica de dichas instituciones, se las puede ubicar dentro del radio centro de la ciudad, donde las diversas líneas de transporte llegan, aunque para un mejor acceso institucional, por ejemplo, el Centro Provincial de Adicciones, se descentralizo, obteniendo una sede en la zona Puerto y en zona Camet, de manera que se pueda dar respuesta y atención a toda la demanda de forma mas inmediata.

De igual manera se presenta “Posada del Intí”, aunque su ubicación radica por un lado, la sede de la Dirección de Relaciones institucionales y en una zona alejada del radio centro de la ciudad, funciona la Comunidad Terapéutica, lugar donde se da efectivo cumplimiento del tratamiento.

En relación al tipo de institución podemos decir que el Centro Provincial de las Adicciones, es una institución de tipo pública, perteneciente en la actualidad al Ministerio de Desarrollo Social, y es de valor remarcar que desde sus inicios dicha institución respondía al Ministerio de Salud, situación que se ha ido modificando de acuerdo a lineamientos de Política Social, al igual que su modificación en la sigla que le da identidad a la misma. Se mantuvo la sigla CPA, pero no el contenido de la misma. En un principio significó (Centro de Prevención a las Adicciones), en la actualidad significa Centro Provincial de Adicciones.

En ésta institución se trabaja en forma totalmente gratuita, se implementan becas en los casos que se requiera, con instituciones como Posada del Intí, que trabaja a puertas cerradas o con cualquier otra institución de la Provincia de Buenos Aires.

Plan Be, es una institución que se conformo como una Asociación Civil sin fines de lucro, con Personería Jurídica N° 30.011.

No se trabaja con obras sociales, ni tampoco está en los planes hacerlo. Sin embargo se le facilita al paciente la información necesaria como es la ley Nacional de Salud Mental, así como también el tipo de trámite ha realizar, para que su obra social pueda cubrir el tratamiento que requiera.

Casabierta, es una institución privada, no dependiendo de ningún Ministerio u organismo. Al ser absolutamente una institución de características privadas no recibe subsidio alguno.

Esta institución ofrece sus prestaciones a través de distintas obras sociales como: O.S.D.E, I.O.M.A, S.U.MA, P.A.M.I.

Posada del Intí, institución que se conformo como Asociación Civil sin fines de lucro, con Personería Jurídica N° 23.693 de la Provincia de Buenos Aires. Entidad de Bien Público Municipal N° 367, Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, inscripta en la Superintendencia de Salud de la Nación, en la Subsecretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, en la Secretaria de la Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

Contando con convenios con el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Buenos Aires.

Posada del Intí realiza actualmente convenios con más de cuarenta obras sociales, pudiendo nombrar algunas de ellas: O.S.U.T.H.G.R.A, O.S.A.R.P.H.Y, O.S.P.S.A, O.S.D.O.P, S.O.M.U, P.A.M.I, O.S.E.C.A.C, Obras Sociales de Jefes y oficiales Maquinistas Navales, Obras Sociales de Chóferes Camioneros entre otras.

Al hacer mención a la institución y al tipo de estructura que responde, debemos atender a lo que respecta al origen de sus recursos económicos, ya que éstos pueden tener procedencias variadas o bien pueden derivar de la tributación pública o contribuciones voluntarias. Las agencias sufragadas por tributación públicas se las denomina “públicas”.

Las denominadas agencias privadas, son en el sentido de ser sufragadas por aportes voluntarios de individuos o grupos de personas.

Atendiendo a esta clasificación y la procedencia de sus recursos, podemos identificar que la institución “Plan Be” y “Casabierta” responden a una institución de tipo privada, mientras que “Posada del Intí” y el “Centro Provincial de Adicciones” se identifican como una agencia de tipo pública. Otra cuestión a destacar, es que mas allá de que las últimas dos agencias mencionadas responden a un mismo tipo de estructura, no obedecen a al mismo Ministerio, siendo el Ministerio de Desarrollo al que responde el Centro Provincial de Adicciones y el Ministerio de Salud para Posada del Intí.

En relación a los objetivos que persiguen estas distintas instituciones, se podría explicitar que el Centro Provincial de Adicciones, persigue como objetivo institucional, la prevención, contención y asistencia a la persona que padece de esta problemática.

Plan Be, persigue que la persona que solicito su admisión, no pierda el tiempo. Ofreciendo en una primera instancia una evaluación de cada situación, seguida de una entrevista de devolución, acompañada de un plan de tratamiento y un diagnóstico presuntivo. Dicha devolución se realiza también en forma escrita para ser presentado a la institución donde se lo derive en calidad de informe preliminar.

Casabierta persigue como objetivo denominador, que el paciente sea una persona lo más autónomo e independiente posible de acuerdo a sus posibilidades. Por eso se trabaja con la disminución de jornada orientada a un alta.

Posada del Intí persigue como objetivo institucional el poder generar un espacio donde cada individuo pueda aceptarse como persona con posibilidades y aptitudes para afrontar dificultades creativamente, estimulando nuevos canales de comunicación para el logro del bienestar individual, social y familiar.

Buscando generar un espacio que apunte a elevar la posición del sujeto como ser autónomo, a través de un abordaje personalizado.

Se podría decir que en relación a los objetivos que las instituciones persiguen se establece cierta concordancia con los mismos.

Hay correspondencia en los objetivos trazados a nivel institucional, buscan generar ámbitos donde la persona pueda desplegar su potencial, valerse por si mismo, prepararlo para la vida.

Lograr a través de distintos dispositivos que se puedan comunicar y expresar para obtener el bienestar individual, donde también se los pueda contener, escuchar, orientar y asistir con el tratamiento que requiere en ese momento vital.

Al hacer referencia al equipo de trabajo de las instituciones entrevistadas, podemos destacar que tanto el Trabajador Social, el Medico psiquiatra y el Psicólogo son profesionales comunes a las cuatro estructuras. Aunque desempeñan funciones diferentes de acuerdo a la particularidad de cada organización.

Por otra parte, tanto Posada del Intí como Casabierta incluyen en su equipo de profesionales Licenciados en Terapia Ocupacional y Licenciados en Nutrición.

Mientras que el Centro Provincial de Atención de las Adicciones y Posada del Intí comparten la singularidad de trabajar con Operadores Socio-Terapéuticos.

Otro aspecto a mencionar es que Plan Be es la única institución que no cuenta con un profesor de educación física, dado que propone un tipo de tratamiento para cada caso particular, siendo única en este sentido.

La estructura del Centro Provincial de Adicciones, se compone de la siguiente manera, respondiendo a una estructura de tipo tradicional. Una dirección, secretarias administrativas, operadores socio-terapéuticos, psicólogos, trabajador social, enfermero, médico psiquiatra, médico clínico y profesor de educación física.

La dirección de ésta institución esta a cargo de una licenciada en Servicio Social.

Los roles se desempeñan de la siguiente manera:

La secretaria, es quien mantiene el primer contacto con el paciente y su familia, lo atiende y orienta asignándole un turno para una primera entrevista.

Operador socio-terapéutico, es el encargado de asistir en ésta primer entrevista al paciente que ingreso a la institución. Durante esta primer entrevista el operador va ha comenzar armando su historia clínica, escuchara sus primeras palabras, su historia de consumo, etc.

El operador socio-terapéutico realiza su intervención en la primer parte del tratamiento, donde se les da el tiempo para que los usuarios vayan adaptándose a la modalidad y normas del tratamiento.

El psicólogo, evalúa, diagnostica y decide en que dispositivo se insertará al usuario. Otra de su intervención está relacionada con el seguimiento de las personas que han finalizado el tratamiento, realizando en tiempos pautados y establecidos con el usuario cada seis meses.

El Trabajador Social, dentro del proceso de tratamiento, realiza visitas domiciliarias con los respectivos informes socio-ambientales.

Profesor de Educación Física, es el encargado de las distintas actividades recreativas y deportivas dentro del tratamiento.

El médico psiquiatra evalúa en caso de ser necesario al usuario para luego prescribir medicación si así lo requiriese.

El médico clínico y el enfermero son los encargados dentro del tratamiento de la salud física del usuario, realizándole controles mensuales.

En Plan Be, la estructura organizativa se compone de cinco profesionales, únicamente profesionales universitarios del área de la salud. Desde ésta institución se trabaja con un cupo máximo de veinte pacientes, para conservar la identidad del dispositivo.

Estructuralmente la institución se conforma por:

Director, quien es médico especialista en psiquiatría y psicología médica.

Directora Terapéutica, es licenciada en Psicología.

Cuentan con dos licenciadas en Psicología, además de la directora terapéutica.

También se encuentra una Licenciada en Servicio Social.

En relación a los roles que cada uno de los profesionales desempeña dentro de este dispositivo de tratamiento, se podría explicitar de la siguiente manera:

El Director, mantiene con todos los pacientes como mínimo una entrevista donde evalúa el área mental, también aborda todas las cuestiones médicas que hacen al paciente y por último realiza el control farmacológico del mismo.

La Directora Terapéutica en conjunto con las demás Licenciadas en el área de Psicología, realizan terapias individuales con cada paciente, en caso de que todo el equipo lo considere oportuno y apropiado, se llevan adelante espacios de terapias vinculares como puede ser entre madre- hijo, o parejas.

La Licenciada en Servicio Social, es la responsable del área social y familiar de cada uno de los pacientes que han ingresado a dicho dispositivo de tratamiento. También es la encargada de informar, orientar, guiar acerca de los derechos que tienen como pacientes, los informa acerca de la Ley Nacional de Salud Mental por ejemplo, así como también disponer de todos los requisitos y pasos a seguir para que todo paciente cuente con la cobertura total de su tratamiento atendiendo a las diferentes mutuales.

La carga horaria de dentro del dispositivo es similar al resto de las demás disciplinas al igual que la intervención de la profesión, se ha dado desde el origen de la institución.

Casabierta, cuenta con la siguiente organización:

Directora General, Coordinador de Hospital de Día, Coordinador del Grupo de Reflexión, Coordinador del Taller de Terapia Ocupacional, Coordinadora taller de inserción Laboral/Ocupacional, Terapeuta Familiar.

Secretarias.

Técnicos:

Coordinador de Taller de canto, Coordinador de Taller de Plástica, Coordinador del Taller de Percusión, Coordinador de Taller de Teatro , Coordinador de Taller de Educación Física.

Los roles que desempeña cada uno de los profesionales de dicha institución se podría enunciar de la siguiente manera:

Médico Psiquiatra, realiza el control mensual de la medicación de cada uno de los pacientes. También participa de las reuniones o asambleas comunitarias que se desarrollan en la institución.

El Enfermero, es quien se encarga de suministrar en tiempo y forma la medicación sugerida por el médico psiquiatra a cada uno de los pacientes, también realiza un acompañamiento durante toda la jornada, supervisando las actividades a realizar por los pacientes.

Los Terapistas Ocupacionales están a cargo en gran parte de los talleres que se brindan dentro de la institución como parte del tratamiento ha realizar.

Licenciada en Servicio Social, se encarga de llevar adelante el taller de Inserción Laboral, así también interviene dentro del dispositivo remarcando y revalorizando los derechos que como pacientes tienen.

En relación a la carga horaria que desempeña dentro del tratamiento es inferior a la carga horaria del resto de las otras disciplinas, contando con dos horas semanales, distribuidas en dos días a la semana.

Las secretarias administrativas, son las encargadas de atender en una primera instancia al paciente o su grupo familiar, o la persona que se acerque a la institución en demanda de tratamiento. Realizan todos los trámites administrativos que requiere la institución para admitir al paciente al dispositivo de tratamiento.

Profesor de Educación Física, es el responsable de la parte recreativa y del área de socialización de los pacientes.

Posada del Intí, La institución cuenta con un organigrama que se desarrolla de la siguiente manera:

Director General, Dirección Terapéutica, Dirección Médica, Coordinador General.

Posada del Intí, cuenta con un equipo aproximadamente de cuarenta profesionales de diferentes áreas, como son: Operadores Socio-terapéutico, Psicólogos, Médico Clínico, Médico Psiquiatra, Terapista Ocupacional, Licenciado en Servicio Social, Licenciado en Nutrición, Profesor de Educación Física, Profesor de Teatro y Coro, etc.

Los roles asignados son:

El Psicólogo, es el que comienza a establecer contacto con la familia luego de que la persona y su entorno se hayan adherido a las pautas institucionales de tratamiento.

El licenciado en Servicio Social, trata de no solo trabajar con el grupo familiar de la persona, sino también desarrolla su intervención dentro del dispositivo en el Departamento de Relaciones Institucionales, realizando proyectos de investigación, generando un trabajo en red con otras i8nstituciones para atender a cada una de las particularidades de los diversos casos.

También el Trabajador Social en forma conjunta con el Especialista en Coordinación de Familias, se encargan del acercamiento y tratamiento del núcleo familiar para que puedan generar éstas los cambios necesarios a fin de realizar un acorde acompañamiento al proceso terapéutico del paciente.

El Operador Socio-Terapéutico, es clave en el proceso del tratamiento ya que es quien sostiene en un 95% del mismo. Su tarea es generar el primer acercamiento afectivo con el paciente, luego y en el mismo proceso lleva a cabo el control social en el dispositivo. También es el encargado de realizar las guardias dentro de la institución, así como también participa en la realización de actividades recreativas y /o sociales.

La Terapista Ocupacional al igual que la Licenciada en Psicopedagogía, tienen a cargo entre otras actividades el Departamento Infanto-Juvenil, como así también tienen sus espacios para un trabajo tanto individual como grupal con los pacientes.

Haciendo referencia a la estructura organizativa de las mencionadas instituciones, se podría decir que en general cuentan con una dirección general, acompañada por diferentes espacios de coordinación, donde cada uno de ellos tiene delimitado su accionar. También es así que el equipo de coordinación está conformado por los mismos profesionales que desempeñan su intervención dentro del dispositivo de tratamiento.

Todas éstas instituciones cuentan con un mismo equipo de profesionales referentes a las siguientes disciplinas, Médico Clínico, Médico Psiquiatra, Licenciados en Psicología, Licenciado en Servicio Social, Licenciado en Nutrición,

Licenciado en Enfermería, a diferencia de la institución Posada del Intí, que además de este staff profesional cuenta con el aporte del área de Psicopedagogía.

Pero haciendo mención al desempeño específico de cada uno de los roles, se puede establecer que en relación al desempeño profesional del Trabajador Social se puede fundar las diferencias ya que dependiendo a la estructura organizativa que responde la institución, se le dará intervención en mayor o menor medida dentro del dispositivo de tratamiento. Siendo así como en Posada del Intí se otorgará mayor incentivo y apoyo a un trabajo dirigido a un departamento de relaciones institucionales, más que a intervenir específicamente dentro del dispositivo con los pacientes.

Un aspecto fundamental a cargo del Trabajador Social, es el trabajar permanentemente con las personas en relación a sus derechos, y el prepararlos para una inserción en el afuera, en sociedad.

En otros dispositivos se da intervención al Trabajador Social para establecer visitas domiciliarias o re armar nuevamente el lazo familiar con su red primaria si lo hubiere, en otra situación deberá construir una red para sostener y acompañar a esa persona que se encuentre realizando tal tratamiento.

En las cuatro instituciones se realizan reuniones de equipo semanales a las cuales asisten los distintos profesionales, incluyendo al personal administrativo únicamente el Centro Provincial de Atención de las adicciones.

En referencia a la duración es de aproximadamente una hora y treinta minutos en Posada del Intí, en el Centro Provincial de Atención de las Adicciones y en Casabierta. Mientras que en Plan Be se realizan dos reuniones semanales de tres horas cada una.

En relación a la dinámica de las mismas es similar en las distintas instituciones, se comunican temas relevantes de los pacientes, la evolución de los tratamientos, se socializan entrevistas realizadas con familias, etc.

Al hacer mención a la forma de trabajo, la totalidad de las instituciones refiere que se lleva a cabo de forma interdisciplinaria entre los diferentes miembros a través de una horizontalidad en la comunicación como así también una fluida circulación de la información.

En cuanto a la capacitación interna Plan Be fue la única institución que refirió realizar supervisiones mensuales para abordar algún caso particular. Explicitando también que se llevan a cabo ateneos de casos en forma interna al equipo de trabajo.

Por el contrario las tres instituciones restantes no realizan capacitaciones internas aunque manifiestan realizar jornadas y capacitaciones de forma independiente.

Mientras que Posada del Intí, explicito estar realizando un proyecto para una futura capacitación.

Las organizaciones no pueden existir sin comunicación, puesto que las personas sin ella no pueden saber lo que sus compañeros están haciendo, la gerencia no puede recibir información sobre lo que sucede y los supervisores no pueden transmitir pautas de trabajo. [104]

La Comunicación constituye un medio por el cual se facilita el proceso de toma de decisiones, de obtener respuestas y de corregir los objetivos y los procedimientos organizativos, según lo demande cada situación.

Haciendo referencia al flujo comunicacional dentro de dichas instituciones se puede establecer que se trata de un canal de fluida y constante comunicación entre los distintos profesionales que conforman el equipo de trabajo, así se manifestó desde el Centro Provincial de Adicciones.

En Plan Be, la comunicación circula de manera horizontal entre todos los miembros del equipo profesional. La información circula de forma fluida en las reuniones de equipo, manteniendo un tipo de tratamiento privado en cuanto a la permeabilidad de los espacios de psicoterapia tanto individual como grupal/familiar, se protege la intimidad de cada uno de los espacios del paciente, haciendo circular la información general y necesaria.

Con respecto a Casabierta, se establece una forma de trabajo interdisciplinario y un circuito de comunicación también horizontal entre todo el

[104] Kauffmann, Alicia. E. *"El Poder de las Organizaciones".* Comportamiento, estructura y entorno. Esic.

equipo profesional. Se prioriza el intercambio cara a cara, y en situaciones donde no hay lugar para el debate o confrontación ya que requiere de la urgencia en cuanto a toma de decisiones, se transmite vía teléfono todo lo acontecido.

En Posada del Intí, la comunicación es totalmente fluida entre todos los miembros del equipo, ya que se considera de fundamental importancia la circulación de la palabra entre todos y cada uno de los profesionales.

Con respecto a este punto, se evidencia un acuerdo claro entre las diferentes instituciones, ya que consideran como fundamental un tipo de comunicación fluida, permanente y clara entre todos los profesionales que conforman las diversas instituciones.

Los flujos de comunicativos horizontales se producen entre iguales, son más bien de índole cooperativa.[105]

La circulación de la palabra, es la base para llegar a un resultado adecuado dentro de dicho tratamiento, permitiendo tomar las decisiones correctas acerca de cada uno de los pacientes que integran tal dispositivo. Es menester destacar que en relación a las decisiones que se toman acerca de cada paciente en cuanto a su tratamiento, actividad a desarrollar, etc. no prima ninguna profesión por sobre las demás, se trabaja absolutamente en igualdad, desde ya cada una hace el aporte correspondiente atendiendo a su especificidad.

Es así como se logra un trabajo verdaderamente en equipo y de manera interdisciplinaria.

En cuanto a los espacios físicos disponibles, se podría inferir que se presenta cierta similitud entre las distintas instituciones, ya que en general los espacios con que se disponen no logran abastecer a todos los profesionales y obstaculiza el llevar adelante las actividades pautadas.

Si bien se podría decir que cada una de las instituciones mencionadas cuenta con varios espacios, la realidad es que producto de la gran demanda que se genera, los espacios no llegan a satisfacer toda la demanda. Es así que cada

[105] Op. Cit 1.

profesional en el momento de realizar su intervención busca un espacio pudiendo ser un consultorio desocupado o la sala de usos múltiples.

En relación a los diferentes espacios asignados a cada uno de los profesionales, se evidencia que el médico, enfermeros y Terapista ocupacional cuentan con su espacio o consultorio propio para atender, en cambio el Licenciado en Servicio Social no posee un espacio que le sea propio, debiendo recurrir al espacio que en ese momento este disponible para realizar su intervención.

Aludiendo a los distintos niveles de intervención que se realizan dentro de estos dispositivos, se puede establecer como regularidad e intervención común a los cuatro sistemas, que trabajan desde el nivel grupal específicamente. Aunque en situación de requerirse se realiza dentro o fuera una intervención individual atendiendo a la situación del paciente. En relación a una intervención de tipo comunitaria, por el momento queda plasmado en un proyecto hasta que se efectivice el mismo.

Las demás instituciones, no se plantean un trabajo en comunidad, más allá de la implementación de un taller o trabajo en grupo en diferentes puntos de la ciudad.

Al hacer mención a las redes institucionales con las que trabajan las distintas estructuras, cabe destacar que entendemos las mismas desde la concepción de “red social” como proceso de construcción permanente, tanto singular como colectivo, que acontece en múltiples espacios.

Al lograr este trabajo en red se produce una integración permanente, un intercambio dinámico y diverso entre los actores de un colectivo con integrantes de otro colectivo, se posibilita la potenciación de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para fortalecer la trama de las instituciones.

Al hacer referencia a la red primaria, en caso de no contar con esta el paciente, se construye una red de amigos, vecinos y otros que brinden apoyo solidario a quien lo necesita, constituyendo una estrategia colaborativa muy importante para hacer frente a los múltiples problemas ocasionados por la adicción.

Al mencionar la problemática social con la que se trabaja; en el Centro Provincial de Atención de las Adicciones la problemática que se aborda, es de

droga, dependencia, uso y abuso. Mientras que en Plan Be, la problemática que se aborda es el tratamiento de personas y su entorno que se encuentran afectadas por el consumo inadecuado y desadaptado de sustancias adictivas con o sin patologías asociadas.

Por otra parte en posada del Intí, se atiende a pacientes con adicciones bajo un tipo de tratamiento de modalidad ambulatoria y/o internación, a través de diferentes dispositivos: Comunidad Terapéutica, Centro de día, Centro de Medio día, Consultorios externos e integración social.

Mientras que en Casabierta, se atiende una población con patología dual, casos de psiquiatría y en otras situaciones se presentan adicciones.

Puede decirse que desde el Centro Provincial de Atención de las Adicciones, la adicción es considerada como una problemática influida por múltiples factores, destacando la incidencia de los lazos familiares debilitados y el poli consumo de las personas que se acercan a la institución.

Desde Plan Be, no se considera la adición como una enfermedad o un cuadro en sí mismo. Sino que se la percibe como una forma de expresión de distintas problemáticas que tiene la persona. Expresando que siempre se terminan trabajando otras cuestiones y no solo la droga.

Mientras que desde Posada del Intí se considera a la adicción una problemática compleja, porque si bien el denominador común de las personas que ingresan a la institución es el consumo, la relación de los sujetos con la sustancia es particular en cada caso independientemente de la sustancia consumida.

Por otra parte en Casabierta se manifestó que la problemática es sumamente compleja ya que abarca un conjunto de factores tanto personales como familiares y sociales.

A partir de lo expresado por los diferentes profesionales puede decirse que el denominador común que aparece en los distintos discursos en cuanto a la percepción de la problemática de adicciones, es que esta es compleja y abarca una multiplicidad de factores que hacen que cada situación sea particular independientemente de la sustancia consumida.

Al hacer referencia a la percepción de la problemática desde el Trabajo Social, en líneas generales puede decirse que tanto la Trabajadora Social del Centro Provincial de Atención de las Adicciones, como la de Plan Be y Casabierta coinciden en que la problemática es compleja.

Mientras que el Trabajador social de Posada del Intí expresa similitudes con la Trabajadora Social del Centro Provincial de Atención de las Adicciones coincidiendo ambos en que la problemática de adicciones no involucra solo al sujeto que consume sino también a su entorno familiar. Planteando que no se puede pensar la adicción como un hecho aislado, sino que responde a una multiplicidad de causas.

En relación a los distintos tratamientos que se llevan a cabo en las instituciones, se puede mencionar que el Centro Provincial de Atención de las Adicciones cuenta con un dispositivo de tipo ambulatorio, el mismo es una intervención diseñada para que las personas asistan solamente unas horas al día o a la semana, por lo tanto les permita permanecer más tiempo en sus casas y oficios.

Recientemente se abrió un dispositivo de medio día, el cual se realiza los lunes y miércoles de 9 a 13horas y los viernes de 9 a 15 horas, almorzando los usuarios en la institución y desarrollando diferentes actividades (natación, teatro, cocina, caminatas), etc.

El objetivo del tratamiento consiste en que la persona pueda dejar de consumir logrando tomar conciencia de que se trata de una problemática social, por lo tanto requiere de un tratamiento y compromiso de asumir la responsabilidad en este proceso.

Mientras que Plan Be, ofrece un tratamiento interdisciplinario a través de consultorios externos.

Luego de la entrevista de admisión que se realiza con el paciente, se evalúa si corresponde ir a un tratamiento o no, que tipo de tratamiento y fundamentalmente se estructura un tipo de tratamiento para cada paciente.

El objetivo es facilitar que la persona se haga menos daño y pueda comenzar a reflexionar, a generar espacios para preguntarse y pensar.

Por otra parte Casabierta es un dispositivo, Hospital de día, modalidad donde las intervenciones se extienden por varias horas al día, es decir que los pacientes ingresan a la institución a las 9:00 horas y egresan de la misma a las 17:00horas.

El objetivo de la institución es de recuperación: mejorar la calidad de vida del paciente, evitando descompensaciones. Y resocialización: promoviendo su reinserción familiar y laboral.

Por último nos encontramos con Posada del Intí un Centro de Asistencia y prevención de Trastornos Psicofísicos y Sociales.

Luego de una evaluación de admisión y psicodiagnóstico, se efectúa el diagnóstico de la situación y se precisa la metodología o estrategia terapéutica a implementar en base a las distintas posibilidades de tratamiento que ofrece la institución, las cuales se detallan a continuación:

Consultorio externo: Está dirigido a aquellas personas que previa evaluación, por distintas características requieran un tratamiento con psicoterapia individual (encuentro semanal), grupos terapéuticos (dos encuentros semanales de 4hs), grupos de padres (encuentro semanal de 2 horas), evaluación y seguimiento psiquiátrico (evaluación semanal).

Centro de día: Consta de una asistencia diaria de 9 a 18 hs. Aquí se desarrollan actividades de Grupo de Apertura (coordinado por operadores terapéuticos), Grupos Terapéuticos (coordinado por un psicólogo), Psicoterapia Individual (a cargo de un psicólogo), Talleres educativos y seminarios, Espacios de reflexión participativa, Plan de actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, Talleres de prevención de recaídas, Taller de teatro, Coloquios individuales, Grupo de Familia, Abordaje Vincular, Grupo de Cierre (coordinado por operadores socio terapéuticos), Evaluación y seguimiento médico clínico y psiquiátrico (semanal), Taller de medios expresivos (coordinado por Terapista ocupacional).

Centro de medio día: Consta de una asistencia diaria de cuatro a seis horas semanales. Las actividades que se desarrollan son Grupos Terapéuticos (coordinado por un psicólogo), Psicoterapia Individual (a cargo de un psicólogo),

Talleres educativos y seminarios, Espacios de reflexión participativa, Plan de actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, Talleres de prevención de recaídas, Taller de teatro, Coloquios individuales, Grupo de Familia, Abordaje Vincular, Grupo de Cierre (coordinado por operadores socio terapéuticos), Evaluación y seguimiento médico clínico y psiquiátrico (semanal), Taller de medios expresivos (coordinado por Terapista ocupacional).

La diferencia entre ambos es la cantidad de horas que el paciente participa de las actividades.

Integración social: Es una instancia de tratamiento intermedia, entre la contención de la comunidad terapéutica y el ambulatorio propiamente dicho. Consta de una casa que posibilita a los pacientes que desde allí puedan emprender la búsqueda de sus objetivos vocacionales, laborales entre otros. Cuenta con una estructura y normas mínimas que posibilitan el control social tendiente al sostenimiento de la abstinencia y los valores de la comunidad terapéutica.

Las actividades que se realizan son Grupo terapéutico (a cargo del coordinador de la casa), Terapias individuales, Grupo de autoayuda (cambia semanalmente), Grupo o seminario de orientación vocacional (a cargo de un operador socio terapéutico), Grupo de control social y proyección de fin de semana (a cargo del coordinador de la casa), Atención medica y control psiquiátrico.

Modalidad de internación:

-Centro de noche: Consta de una asistencia diaria de 14 horas, abarcando la franja horaria de 18 a 8 horas. Aquí se desarrollan actividades de Grupos Terapéuticos (coordinado por dos psicólogos), Psicoterapia Individual (a cargo de un psicólogo), Talleres educativos y seminarios, Espacios de reflexión participativa, Plan de actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, Talleres de prevención de recaídas, Taller de teatro, Coloquios individuales, Grupo de Familia, Abordaje Vincular, Grupo de Cierre (coordinado por operadores socio terapéuticos), Evaluación y seguimiento médico clínico y psiquiátrico (semanal), Taller de medios expresivos (coordinado por Terapista ocupacional).

-Internación en comunidad Terapéutica: Es un dispositivo residencial con salidas programadas. Las actividades que se desarrollan son Grupo de Apertura (coordinado por operadores terapéuticos), Grupos Terapéuticos (coordinado por un psicólogo), Psicoterapia Individual (a cargo de un psicólogo), Talleres educativos y seminarios, Talleres de capacitación laboral en oficios Proyecto (granja-huerta),Espacios de reflexión participativa, Plan de actividades recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas, Talleres de prevención de recaídas, Taller de teatro, Coloquios individuales, Grupo de Familia, Abordaje Vincular, Grupo de Cierre (coordinado por operadores socio terapéuticos), Evaluación y seguimiento médico clínico y psiquiátrico (semanal), Taller de medios expresivos (coordinado por Terapista ocupacional).

En síntesis el tratamiento de las adicciones debe ser integral y estratégico, abordando la mayor cantidad de niveles posibles: personal, familiar, laboral, social y debe tener en cuenta a la persona de manera integral. Es decir que no existen tratamientos mejores que otros sino que cada persona tiene necesidades distintas y cada modalidad ofrece posibilidades diferentes

Al hacer referencia a la llegada de la persona a la institución, puede decirse que tanto en el Centro Provincial de Atención de las Adicciones, como en Plan Be y en Casabierta las personas llegan a la institución en su mayoría de forma espontánea.

Sin embargo es importante mencionar que al Centro Provincial de Atención las Adicciones y a Casabierta llegan también personas derivadas desde la justicia o alguna otra institución.

Por otra parte a Posada del Intí, las personas llegan a la institución de diferentes formas; por derivaciones del Centro Provincial de Atención de las Adicciones, de los Centros de Protección y en ocasiones de la justicia y otras veces en forma espontánea.

En cuanto al perfil social del paciente es heterogéneo en las cuatro instituciones entrevistadas, no pudiéndose evidenciar una generalidad en cuanto a edad y nivel de instrucción.

En referencia al sexo si se pudo establecer una generalidad, ya que desde las distintas instituciones se manifestó que en su mayoría son hombres quienes asisten al servicio o se encuentran realizando tratamiento.

En relación al deterioro de las personas que se acercan a la institución, desde el Centro provincial de Atención de las Adicciones se expreso que la población se ha modificado en edad y tipo de consumo.

Mientras que desde Plan Be se manifestó que los pacientes no llegan más deteriorados a tratamiento.

Por otro lado en Casabierta se expuso que los pacientes llegan con un cierto nivel de deterioro, ya que pasa un tiempo importante hasta que llegan a la institución, no solo por el tiempo de consumo sino que a veces se trata de una problemática dual.

En Posada del Intí se expreso que no puede establecerse una generalidad en cuanto al deterioro de los pacientes, ya que desde su parecer depende de la particularidad de cada persona.

En referencia al cupo de pacientes en el Centro Provincial de Atención de las Adicciones los grupos son reducidos, no son más de diez personas, ya que los espacios con que cuenta la institución no son muy amplios, el tiempo es de una hora por cual no llega poner cada uno de los familiares o personas que realizan el tratamiento.

Mientras que en Plan Be, al ser artesanal y personalizado, tiene un límite de 16 y 20 pacientes en tratamiento, para que la institución conserve estas características.

En Casabierta el cupo de pacientes es de 20 a 26 personas. No pudiéndose especificar en Posada del Intí dada variedad de alternativas de tratamiento.

En cuanto a la forma de abordaje con la red familiar desde el Trabajo Social, en el Centro Provincial de Atención de las Adicciones se menciono que el abordaje con la familia es muy importante, se realizan reuniones con la red social de cada persona, las mismas son programadas y en estos espacios se hacen

análisis de la dinámica familiar, son ellos quienes exponen su situación, necesidades, miedos y dificultades para llevar adelante el tratamiento.

Se los orienta y contiene para continuar en el proceso de tratamiento de su familia, ya que el acompañamiento familiar es esencial, sin el sostén del grupo familiar se dificulta un desarrollo favorable del tratamiento.

Mientras que desde Plan Be se manifestó que el acompañamiento familiar es un requisito fundamental para el inicio del tratamiento, ya que es demasiado difícil el trabajo con el adicto solo. Si la persona no cuenta con una red familiar se intenta trabajar con referentes de cada paciente que puedan acompañarlo en el transcurso del tratamiento.

La Trabajadora Social cada tres meses realiza entrevistas de síntesis, son entrevistas de balance y deben concurrir al espacio pautado toda la familia o la red con que cuente el paciente y que hayan intervenido en el transcurso del tratamiento.

En tal espacio se trabaja con técnicas, que han sido pensadas para esa situación. También se fijan objetivos con toda su red, tíos, primos, vecinos, etc.

En Casabierta se explicito que se intenta tener un contacto fluido con la red familiar del paciente, dado que esta es una modalidad de Hospital de día y después de las 17:00hs los pacientes regresan con su red vincular.

Considerando desde dicha institución muy importante el acompañamiento familiar durante y después del tratamiento.

Por otra parte desde Posada del Intí el Trabajador Social plantea que lo primero que se hace es tomar contacto con la familia, a través de los grupos de padres y esposas ara fortalecer las redes sociales del paciente y acompañar en el tratamiento.

La idea es que ese acompañamiento familiar sea intensivo y permita la continuidad del tratamiento brindando distintas herramientas a la familia a través de un proceso de aprendizaje para lograr una evaluación favorable del tratamiento.

A partir de lo expuesto por los Trabajadores Sociales, puede decirse que la participación familiar como así también las redes sociales con las que cada persona cuenta, son esenciales para la evolución favorable del proceso de

tratamiento. Atendiendo a la necesidad de relacionar la intersección de causas que han determinado conjuntamente la aparición de la conducta de abuso que afecta el riesgo propio y la capacidad de dañarse o de cuidarse.

MOMENTO V

CONCLUSIÓN
Y
PROPUESTA DE TRABAJO

Conclusión

Luego de este recorrido institucional y habiendo entrevistado a diferentes referentes calificados en relación a la problemática de adicciones, es que consideramos que el fenómeno adictivo encierra una multiplicidad de causas y factores. Afirmando que se debe tener en cuenta que la adicción no es exclusiva de un grupo o estrato social, económico o cultural determinado, ya que el consumo de drogas afecta a toda la sociedad en su conjunto.

Las drogas han existido siempre, en todas las épocas, lo nuevo es la expansión y complejidad del fenómeno adictivo.

Al mencionar la intervención del Trabajador Social se pueden establecer diferencias en el desempeño específico dentro de cada dispositivo de tratamiento dependiendo de la estructura organizativa a la que responde cada institución. Es decir se dará intervención en mayor o menor medida dentro del proceso de tratamiento. Evidenciándose que dentro del Centro Provincial de Atención de las Adicciones el Trabajador Social interviene en la realización de informes socio-ambientales, obtenidos a través de las visitas domiciliarias como así también en la gestión de recursos y en el establecimiento de redes institucionales para cada situación particular.

En Casabierta la intervención se encuentra reducida al desarrollo de un taller de reinserción laboral, como así también a la orientación socioeducativa de los pacientes.

Por otra parte en Posada del Intí, el Trabajador Social interviene únicamente en el Departamento de Relaciones Institucionales, abocado a la investigación, a la propuesta de proyectos y al establecimiento de redes institucionales. Desempeñándose en el tratamiento del núcleo familiar para que estos puedan realizar los cambios necesarios y así acompañar al paciente en su proceso terapéutico.

Por último nos encontramos con Plan Be, donde la intervención de la Trabajadora Social se lleva a cabo desde el inicio hacia el final del tratamiento, en conjunto con las distintas disciplinas intervinientes. Demostrándose una

intervención fundamental durante el proceso, siendo está dinámica y flexible atendiendo la singularidad de cada caso.

A nuestro parecer la intervención profesional dentro de la institución “Plan Be” se corresponde con el rol del Trabajador Social, dado que se respeta una misma carga horaria que el resto de los profesionales, como así también su espacio físico especifico para el desempeño de su intervención. Otro aspecto a destacar es la igualdad en cantidad de profesionales, no observándose esto en el resto de las instituciones, donde existe una mayor cantidad de profesionales de distintas disciplinas y un único Trabajador Social.

“Plan Be”, a nuestro entender es la única institución que lleva cabo supervisiones tanto externas como internas, realizando ateneos de casos en forma interna al equipo de trabajo. Observándose que los profesionales del resto de las instituciones se ven obligados a realizar capacitaciones en forma independiente, ya que la institución no se los ofrece.

En referencia a los tratamientos de adicciones encontramos diversidad en la estructuración de los mismos, presentando el Centro Provincial de Atención de las Adicciones un dispositivo de tratamiento ambulatorio, y recientemente la modalidad de “Centro de Día”; sin embargo con respecto a los profesionales se evidencia un claro agotamiento del recurso, frente a la gran demanda de usuarios.

“Posada del Intí”cuenta con estos dos dispositivos (Centro de Día y Tratamiento Ambulatorio) e incorpora la internación de las personas que lo requieran en su Comunidad Terapéutica; sin embargo frente a la multiplicidad de dispositivos que ofrece no logra dar respuesta a la demanda generada. Se destaca la figura del Operador Socio-Terapéutico, como miembro fundamental a lo largo del tratamiento.

“Casabierta” presenta un dispositivo de Hospital de día, el mismo no ofrece un tratamiento acorde a cada una de las problemáticas, ya que presenta un abordaje único para la multiplicidad de patologías que atiende.

Mientras que Plan Be, no tiene una estructura única de abordaje, ya que en cada caso se planifica un tipo de tratamiento particular. Comprendiendo que la

eficacia de cualquier tratamiento de adicciones debe ser medida en términos de la posibilidad que da al sujeto de acceder a la reinserción social.

Esta posibilidad de acceso a un tratamiento que atienda la particularidad del sujeto y su grupo familiar o social se encuentra desde nuestra mirada directamente relacionada al tipo de institución; Dado que esta es una institución privada y como tal cuenta con una diversidad de recursos. A partir de las entrevistas realizadas es que podemos afirmar “Plan Be” institución perteneciente al ámbito privada se contrapone con el Centro Provincial de Atención de las Adicciones institución del ámbito público, la cual se ve desbordada desde su limitación presupuestaria tanto en la distribución de recursos humanos, como en su estructura edilicia.

Podemos decir que la posición económica ocupada en la estructura social es un factor que segrega significativamente la calidad de los beneficios que percibe la persona adicta y su familia, reflejándose uno de los problemas vinculados a la equidad de la política social enfocada a las adicciones.

Los tratamientos irregulares y las interrupciones son factores que atentan contra el mantenimiento y la evolución favorable del mismo; estas irregularidades no solo perjudican a la persona adicta, sino que también reflejan el funcionamiento de las instituciones que forman parte del ámbito público. Se entiende que el progreso debe ser comprendido de forma integral, es por esto que se considera necesario para que las personas alcancen la adherencia al tratamiento[106] el buen funcionamiento de los servicios públicos.

A nuestro entender la cura no esta limitada al abandono del consumo sino a una modificación personal que se traduzca en actitudes diferentes frente a un contexto social que continuará existiendo.

Consideramos que debe generarse una modificación de la persona en términos de sus valores, expectativas, comportamiento, actitudes, para lo cual

[106] Se entiende que la adherencia al tratamiento, trasciende la simple ingesta de medicamentos, debiendo ser comprendida de forma integral.

debe modificarse también el contexto familiar y/o social en que esa persona desarrolla su vida cotidiana.

A partir de los datos recolectados, otro aspecto a destacar en las cuatro instituciones entrevistadas podría ser la ausencia de un trabajo comunitario preventivo; lo consideramos fundamental porque seria una forma de prevenir la adicción y no ocuparse de la droga en sí. Sino trabajar desde el “hueco social” que la droga instala, señalando con su presencia otras ausencias.

Luego de haber realizado esta investigación como Trabajadoras Sociales consideramos que se deben repensar estrategias o caminos de abordaje que den cuenta de las múltiples formas en que el fenómeno de las adicciones se presenta y desarrolla. En tal sentido, es claro que en lo que respecta a nuestra tipología, la estrategia a emplear debe diferir para cada situación.

Creemos que la complejidad del fenómeno adictivo exige una formación específica en el ámbito académico siendo la adicción una problemática compleja que encierra una multiplicidad de factores.

Como futuras Trabajadoras Sociales debemos poder escuchar a las personas, para poder atender y ofrecer nuevas estrategias a toda esta población. Es por esto que consideramos que todos los sectores de la sociedad deben asumir la responsabilidad según el ámbito de acción que les compete; se podría pensar en que el Estado y Organizaciones No Gubernamentales trabajen en conjunto para garantizar un desarrollo social equitativo.

Para lograr un trabajo conjunto entre instituciones apostamos a crear “redes de solidaridad” entre las mismas, la comunidad Marplatense y el Estado Municipal, para que cada actor social tenga una cuota de responsabilidad y participación en dicha problemática.

Propuesta de Trabajo

Dicha propuesta esta destinada y orientada a las diferentes instituciones entrevistadas con el fin de rescatar alguna idea que resulte significativa para el desempeño laboral de cada profesional:

- Profundizar el conocimiento de la realidad a abordar, lo que permite realizar programas acordes a las necesidades de la población, logrando mayor participación de la misma.
- Estimular el establecimiento de alianzas estratégicas con las instituciones locales, condición indispensable para brindar atención más eficaz, eficiente e integral a la familia y a la comunidad.
- Re-pensar actividades y pasantías concretas para el proceso de reinserción para quienes se encuentran realizando tratamiento de adicciones.
- Elaboración de campañas preventivas a nivel local, como un hecho cotidiano.
- Realización continúa de actividades educativas en las instituciones de la comunidad a través de talleres de concientización en la problemática de adicciones.
- Propiciar espacios de capacitación permanente que alcancen a la totalidad del equipo profesional de cada institución tanto pública como privada.
- Creación de espacios de información y orientación accesibles a la comunidad.
- Fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, como estrategia para impulsar la solidaridad y asociatividad con el fin de promover su rol protagónico en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

✓ Aquín, Nora. (2006). Reconstruyendo lo social: "*Prácticas y experiencias de investigación desde el Trabajo Social"*. Buenos Aires. Espacio.

✓ Barg, Liliana, (2003). "*Los Vínculos familiares"*: Reflexiones desde la práctica profesional. Buenos Aires. Espacio.

✓ Barg, Liliana, (2009). "*Las Tramas familiares en el campo de lo social"*. Buenos Aires. Espacio.

✓ Bodino, Celeste. (2001). "*Las Adicciones"*. Buenos Aires. Longseller.

✓ Cancrini Luigi, (2006). Océano Borderline, cap I. Barcelona. Paidos.

✓ Capece, José. (enero-febrero 2008). *"Repensando las Adicciones: el Paradigma Cognitivo y el trastorno por dependencia".* VERTEX Revista Argentina de psiquiatría. Vol XXI nº77. Polemos.

✓ Capece. José. (Enero-Febrero. 2010). "*La Internación en el paciente adicto*", en VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría. VOL XXI. nº 89. Polemos.

✓ Carballeda, Alfredo Juan Manuel, (2008). "*Drogadicción y Sociedad*". Buenos Aires. Espacio.

✓ Carballeda, Juan Manuel. (2008). "*Salud e intervención en lo social".* Buenos Aires. Espacio.

✓ Cuatrocchi, Estela Mónica, (2008). "*La Adicción a las drogas".* Buenos Aires. Espacio.

✓ De Jong, Eloisa. (2001*). "Trabajo Social, familia e intervención, en la familia en los albores del nuevo milenio*". Buenos Aires. Espacio.

✓ Diaz, Esther. (1997) *"Metodología de las ciencias Sociales"*. Buenos Aires. Biblos.

✓ Ellis A, (1992). "*Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos"*, Cáp. III, IV y V. Biblioteca de Psicología.

✓ Eroles, Carlos (coordinador). (2005). "Glosario de temas fundamentales en trabajo social". Buenos Aires. Espacio.

✓ Grimson, W.R. (1999). "*Sociedad de Adicciones".* Buenos Aires. Planeta.

✓ Guber, R. (1991). *"El Salvaje Metropolitana".* Buenos Aires. Legasa.

✓ Guber R. (2001).*"La etnografía. Método, campo y reflexividad".* Legasa.

✓ Iannicillo Hector, Sama Andres, Panzadolian Osvaldo. Prevención educativa en drogas. Buenos Aires. GABAS.

✓ Inchaurraga Silvia, Buning Ernest, Mesquita Fabio y otros, (2001). Drogas y políticas públicas. Buenos Aires. Espacio.

✓ Jelin, Elizabeth. (1998). "*Pan y afectos: la transformación de las familias".* Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

✓ Kaufmann. Alicia E. *"El poder de las Organizaciones".* Comportamiento, estructura y entorno. Esic.

✓ Lorea, Carla Vanina. (2006). *Tesis de Grado: "Políticas Social en Salud. Un análisis interpretativo acerca de los paradigmas e intervenciones frente al consumo de drogas".* Universidad Nacional del Centro de la provincia de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Humanas. Licenciatura en Trabajo Social.

✓ Margullis, Mario.*"Familia, hábitat y sexualidad".*Buenos Aires. Biblio.

✓ Miguez, Hugo A. (septiembre-octubre 2009). "*Prevalencia del uso de pasta base y riesgo social".* VERTEX Revista Argentina de psiquiatria. Vol XX nº87. Polemos.

✓ Morín, Edgar. (1997). "Introducción al Pensamiento Complejo". Barcelona. Gedisa.

✓ Puentes, Mario (2009). *"Estrategia terapéutica en Drogadicción, Sistema ambulatorio Preventivo Asistencial".* Buenos Aires.

✓ Rossi, Pablo, (2004). "*Las Adicciones".* Buenos. Aires. El Escriba.

✓ San Giacomo Parodi, Osvaldo. (2001). *"Trabajo social y conocimiento objetivo".* Equipo EIEM. Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Fundación PAIDEIA.

✓ Taylor, Sy R. Bodgam. (1990) "*Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*". Buenos Aires. Paidós.

✓ Vélez Restrepo, O. (2003). "*Reconfigurando el Trabajo Social".* Buenos Aires. Espacio.

✓ Villafañe, Claudia Inés. (noviembre-diciembre 2009). *"Evaluación cualitativa del abordaje integral del alcoholismo con el Modelo GIA (Grupos institucionales de alcoholismo)".* VERTEX Revista Argentina de psiquiatría. Vol XX. nº88. Polemos.

✓ Yaría, Juan Alberto. (1999). *"Drogas postmodernidad y redes sociales".* Buenos Aires. Lúmen.

ANEXO

Protocolo de entrevista

Nombre y Apellido: ……

Cargo: ……

Institución: ……

GRUPO A: PROBLEMÁTICA SOCIAL

- ¿Qué problemática social se aborda?
- ¿Qué percepción tiene usted de la problemática?
- ¿Cuál es el perfil social del paciente: sexo, edad, ocupación, grado de instrucción?
- ¿Estimativamente cual es la población atendida, mensual y anualmente, y si considera que ha aumentado la demanda espontánea? o bien la derivación? ¿Desde cuando?
- ¿Que características generales tiene hoy en día la demanda atendida? Ha observado cambios con respecto al tipo de consumo, edad, contexto social, económico? ¿Que considera que se ha modificado y desde cuando?
- ¿Hay mayor deterioro en los pacientes que llegan al servicio?
- ¿La demanda es espontánea, los trae la familia, los deriva la justicia? ¿quizás otra institución?
- ¿Hay registros estadísticos de ésta problemática en Mar del Plata?
- ¿Cuales son los mecanismos de acción que llevan adelante para el sostenimiento del tratamiento que realiza la persona?

GRUPO B: INTERVENCIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO

- ¿Hay un equipo de profesionales conformado? ¿Cuánto tiempo hace que esta conformado?
- ¿Qué profesionales lo integran?
- ¿Se utilizan criterios determinados al momento de seleccionar profesionales para la institución? ¿Cuales son?
- ¿Con que tipo de capacitación interna cuentan los profesionales?¿Con que frecuencia?¿Alcanza a todo el equipo?
- ¿Cómo es la dinámica del equipo de trabajo, frecuencia de las reuniones, temas a tratar?
- ¿Con que niveles de intervención se trabaja: individual, grupal, comunitario?
- ¿Cómo desempeña el rol de cada profesional?
- ¿Qué intervención desde su disciplina favorece a la adherencia del paciente/usuario/persona al tratamiento?
- ¿En que consiste el tratamiento?
- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento?
- ¿Son grupos reducidos o de acuerdo a la demanda?
- ¿Qué porcentaje de pacientes sostienen el tratamiento?
- ¿Qué incidencia tiene el acompañamiento familiar?
- ¿Hay fracasos en el tratamiento? ¿Cuál es su hipótesis acerca del mismo?
- ¿Se realiza seguimiento sobre las personas que abandonan o irrumpen el mismo?

GRUPO C: INTERVENCIÓN PROFESIONAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

- ¿Cómo es la modalidad de abordaje de la problemática desde el trabajo social?
- ¿Qué percepción tiene usted respecto a la problemática?
- ¿Qué rol cumple el Trabajador Social en ese esquema de tratamiento?
- ¿Qué intervención desde su disciplina favorece a evolución favorable del tratamiento?
- ¿Cómo es la relación con los profesionales que integran el equipo de trabajo?
- ¿Cuál es la forma de trabajo con la red familiar del paciente/usuario/persona?
- ¿Desde que niveles de intervención aborda la problemática?
- De acuerdo a los dispositivos que cuentan, ¿se tienen en cuenta las particularidades de cada paciente/persona/usuario que asiste a la institución?

Protocolo de entrevista

Nombre de la Institución: ……..……

Dirección: ……..…

E mail: ……

Tel.: ……

- Origen de la institución.
- Tipo de institución (publico/privado), En el caso de ser Publico ¿A qué Ministerio pertenecen?
- ¿Cuáles son los objetivos de la institución?
- ¿Qué servicio brindan a la comunidad?
- Tipo de prestación: Convenios con obras sociales, particulares, etc.
- Estructura organizativa: Funciones, Organigrama. ¿Cómo esta compuesto el equipo de coordinación? ¿Cual es el rol de cada integrante?
- Circuito de la comunicación: Flujos y circulación de la comunicación.
- Infraestructura: ¿Qué capacidad dispone? ¿Cómo están distribuidos esos espacios? ¿Con que espacio físico cuenta el Trabajador Social?
- ¿Cómo es la dinámica del equipo de trabajo de la institución, frecuencia de las reuniones, temas a tratar, etc.?
- ¿Con qué niveles de intervención trabaja el equipo? (individual, grupal, comunitario).
- ¿Trabajan en red con otras instituciones? (cuenta con una guardia permanente). ¿Con que instituciones articulan para la derivación de los pacientes? ¿Cuál es el criterio de elección de las instituciones a las cuales se deriva al paciente/usuario/individuo?
- ¿Cómo llegan las personas a la institución, por derivación o demanda espontánea?

ADICIONES