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

2007

Implementación de la metodología de caso social individual y familiar en el campo de la salud, durante la práctica institucional supervisada : sistematización de una experiencia en el servicio municipal de atención a las adicciones (SEMDA), de la ciudad de Mar del Plata

Di Luca, Carina

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/547

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

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

Beatriz Castellano

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

TRABAJO FINAL.

TEMA:

SERVICIO SOCIAL Y ADICCIONES

TITULO:

"IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CASO SOCIAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN EL CAMPO DE LA SALUD, DURANTE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL SUPERVISADA: SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA EN EL SERVICIO MUNICIPAL DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES (SEMDA), DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA"

ALUMNA: CARINA DI LUCA
DIRECTORA DE TESIS: CELINA BATISTA
CO DIRECTORA DE TESIS: MERCEDES CHAUBELL

AÑO: 2007

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.
Inventario 3335
Signatura top
Vol
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata

INDICE:

Introducción..... 5

Fundamentación..... 8

PRIMERA PARTE: Marco teórico

El Servicio Social: Origen y evolución..... 9

Modelos de actuación profesional..... 13

Configuración del perfil profesional..... 16

La metodología del caso social individual-familiar..... 20

La persona..... 25

El ambiente y la perspectiva de redes..... 26

La dimensión familiar..... 29

La institución..... 36

El campo de la Salud..... 39

Evolución histórica del concepto de salud..... 42

Definición del concepto salud..... 44

Abordaje a la problemática elegida..... 45

El Servicio Social en el campo elegido..... 69

Supervisión en Servicio Social..... 72

SEGUNDA PARTE: Trabajo de Campo.

Encuadre institucional..... 73

SEMDA. Datos de base..... 75

Origen, misión, función y organización..... 76

Estructura y organización..... 81

La demanda..... .87

El servicio social del SEMDA..... .89

Metodología de intervención..... 94

Abordaje institucional del consumo de sustancias tóxicas..... 100

Primer caso..... 112

Segundo caso..... 116

Tercer caso..... 120

Supervisión del proceso de aprendizaje..... 124

TERCERA PARTE: Análisis de datos..... 128

Conclusiones.....136

Consideraciones..... 140

Reflexiones finales.....141

Bibliografía.....143

ANEXO:..... 145

.Reglamento Del Centro de Atención de Día

.Contrato de admisión

.Contrato de tratamiento

"...pues no fue tanto por el conocimiento de las palabras que llegué a comprender las cosas, como por mi experiencia de las cosas que fui capaz de seguir el significado de las palabras."

Plutarco

INTRODUCCION:

El siguiente trabajo, es producto de la sistematización realizada en la práctica institucional supervisada de la cátedra de Supervisión, correspondiente al año 2005 de la carrera de Licenciatura en Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

La estructura del mismo esta dividida en tres partes, tomando el modelo de informe final aportado por la cátedra antes mencionada.

- Marco Teórico Referencial
- Trabajo de Campo
- Análisis de Datos y Conclusiones

Dentro de cada una de ellas, se encuentran subdivisiones que van articulando el procesamiento de datos y reproducen conceptualmente la práctica.

Con relación a la tarea concreta desarrollada en la instancia de sistematización de la práctica, se trata de una experiencia de trabajo dentro del Servicio Municipal de Atención a las Adicciones, situado en un grupo etáreo comprendido entre los 14 y los 19 años.

Respecto a los objetivos, conviene a los efectos de comprender las particularidades que pudieran observarse en la coherencia con la que fueron desarrollados, observar las siguientes cuestiones: En su origen tanto los objetivos generales como los específicos partieron de un presupuesto "A priori" el cual consiste en el conocimiento y la descripción de los alcances del servicio social en el contexto de las problemáticas propias de una institución municipal a cargo de tratamiento de las adicciones.

Estos objetivos en el momento de su enunciación se encuentran en un estado potencial, y prevén de antemano una cierta conceptualización de la problemática, pues suponen y surgen de un conocimiento previo Sin embargo en el curso de la propia practica el contacto empírico y concreto con la realidad emergente de la institución arrojan un cierto contraste. Dicho contraste se produce entre el contenido de los objetivos propuestos y la forma en que podrían expresarse los mismos una vez realizada la sistematización. Esto no significa ni la necesidad de reemplazo de los objetivos propuestos antes de realizar el trabajo, ni una visión ingenua que implique la completa satisfacción de los mismos, sino la posibilidad de incorporar matices que permitan captar el verdadero alcance de la experiencia de sistematización de la práctica propuesta por la cátedra.

El contemplar y reconocer el contraste entre los objetivos propuestos antes y después de la experiencia permitirá según mi punto de vista no distorsionar sino enriquecer el tratamiento de la problemática y aportar una visión no forzada a la satisfacción de los mismos.

Es fundamental que el proceso este acompañado desde la propia práctica, y mediante el análisis constante, es necesario remarcar los objetivos en lo actuado en función de su redireccionalidad permanente, la acción antecede a la fijación de objetivos, mas que fijarse objetivos de internalización, en el usuario, de determinados valores previstos como deseables, se trata de facilitar desde el trabajo profesional, la externalización de los valores propios de la práctica.

Por otra parte es importante agregar que en el curso de la tarea, la propia problemática permitió incorporar fuentes informativas que en cierta medida significaron la posibilidad de conocer algunos aspectos de la dependencia a las adiciones con mayor profundidad.: El trabajo interdisciplinar, la opinión individual de los miembros del equipo profesional, la incorporación de bibliografía especifica respecto al tratamiento de las adicciones, inevitablemente modifica la visón inicial del trabajo. Este acercamiento permitió observar diferentes modelos de tratamiento e intervención (mejorando) la posición desde la cual efectuar las conclusiones, aun cuando éstas están principalmente referidas a los datos analizados, De esta forma se incluye un ítem

"reflexiones finales" en el cual podrán volcarse algunos aspectos que no surgen claramente relacionados a la estructura metodológica del presente informe, o bien a considerar aspectos que por su naturaleza y profundidad en el tratamiento escapan a este trabajo, pero pueden significar un aporte mencionarlos.

FUNDAMENTACION:

La delicada situación que presenta hoy la República Argentina desde el punto de vista sociocultural y económico, repercute en preocupación, zozobra e inseguridad frente al común porvenir como sociedad.

La angustia y el malestar generalizado, hace que muchos individuos, especialmente en etapas de cambios importantes y edades donde se deben tomar determinaciones relacionadas con el futuro, elijan caminos desacertados y nocivos.

La adicción a las drogas es uno de esos caminos desacertados que operan en los individuos, jóvenes en su mayoría, como "puertas de escape" o "evasiones" de una realidad, muchas veces cruel.

A partir del trabajo realizado durante 18 años en Casas del niño municipales, donde se brindan cuidados a niños entre 3 y 12 años mientras sus padres trabajan, surge la pregunta de -¿que pasa cuando egresan?-,-¿que rumbos tomarán?- ; este es el planteo que siempre se hacen quienes dedican su espacio a transmitir durante tanto tiempo lo que consideran los fortalece para enfrentar el futuro.

Actualmente, y a sabiendas de muchos casos de menores egresados que tomaron caminos de delincuencia y/o adicciones, en estos lugares se esta tratando de preparar una adaptación a este egreso "desapacible", llamado así, ya que se realiza en una edad en la que el niño esta entrando en la adolescencia y necesita mas contención de su familia. En cierta forma esto argumenta la elección de la institución mencionada, ya que la misma reúne las condiciones para observar, y estudiar la singularidad en los casos de estos enunciados anteriores.

PRIMERA PARTE. MARCO TEORICO REFERENCIAL.

EL SERVICIO SOCIAL: ORIGEN Y EVOLUCIÓN

El Trabajo Social como profesión institucionalizada constituye una totalidad histórica y socialmente construida, enmarcada, al mismo tiempo, en una totalidad más amplia que la contiene y la determina.

Según Gustavo Parra (2001) el origen de la profesión lo ubicamos en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX en la respuesta a la cuestión social[1] emergente de la contradicción capital / trabajo. Es partir de 1830 que la burguesía abandona su impronta revolucionaria, se instala en el poder y consolida el modo de producción capitalista, requiriendo disimular o esconder las contradicciones del sistema. Continuando con esta perspectiva, la profesión surge respondiendo al proyecto político de la burguesía y a los intereses del capitalismo.

El proceso de institucionalización del Trabajo Social que se puede ubicar dentro del último cuarto del siglo XIX y las primeras tres décadas del XX, *"... en Europa y los Estados Unidos presentan como rasgo en común su carácter conservador, mediado por la alianza entre burguesía, Iglesia y Estado y teniendo como objetivo no solo la aceptación del modo capitalista de producción como hegemónico, sino también la imposición de un modo capitalista de pensar..."*[2]. Las relaciones entre Cuestión Social y la profesionalización del Trabajo Social son complejas, constituyéndose *"... el Trabajo Social como una alternativa de intervención frente a la misma, frente a las crecientes amenazas que representaban el movimiento obrero organizado y los*

---

[1] La Cuestión Social se entiende como la manifestación de las desigualdades estructurales del capitalismo. La misma pone en jaque el poder hegemónico de la burguesía, amenazando el orden social establecido y generando estrategias del poder instituido para callarla, disminuirla, naturalizarla o incorporarla. Iamamoto, Marilda. Cáp.: "Intervención profesional frente a la actual cuestión social" en " Trabajo Social y Mundialización". Ed. Espacio. Bs. As., 2002.
[2] Parra, Gustavo. " Antimodernidad y Trabajo Social". Ed. Espacio. Bs. As., 2001.

sectores azorados por los procesos de pobreza..."[3]. De esta manera, la población objetivo de intervención de la profesión la constituyeron los "pobres", aquellos a los que había que darles respuestas inmediatas e individuales por su carencia.

La legitimación de la profesión provino del Estado, quien incorporó a los profesionales a su estructura gubernamental. El Estado interviene en la cuestión social a través de políticas sociales, con un marcado carácter de subsidiaridad, que según Gustavo Parra "... no garantiza un derecho, sino que solo legitima un "acto de voluntad"..."[4].

Por otro lado, debemos decir que hubo acciones desarrolladas a partir del siglo XIX, que constituyeron los antecedentes de la profesión, caracterizadas por ser actividades concretas y sistemáticas de enfrentamiento con la cuestión social realizadas en el ámbito de la asistencia.

Particularmente en Argentina, la primera institución dedicada a intervenir en lo social, alejado de la caridad cristiana, es la Sociedad de Beneficencia la cual la extendió su actividad entre 1823 a 1947 y proporcionó mercado laboral para buena parte de los profesionales, marcando a la profesión de manera importante. Esta sociedad es creada basada en los principios de orden y progreso. Según Estela Grassi una característica fundamental de esta sociedad fue su carácter femenino, estas mujeres tenían en principio como objetivo educar a niñas pobres, como fuerte actividad moralizante. Luego se orientaron a la atención de huérfanos, ancianos, pobres, creando hospitales, hogares, institutos de menores, etc.

A partir de 1870 el Estado Argentino logra su consolidación como Estado Nacional insertado en la economía mundial, y es con la denominada Generación del 80´ que lleva adelante el proyecto modernizador. Se centralizó la atención en tres áreas: política de migración, por la necesidad de poblar el país; políticas sanitarias, para brindar confiabilidad en los productos a exportar; y en políticas educativas; como medio para alcanzar el progreso. Según Gustavo Parra, entre 1870 y 1930 actuaron en el ámbito público y privado diferentes formas de intervención y de

---

[3] Ibídem.
[4] Ibídem.

respuestas a la cuestión social, ellos son: el movimiento de los médicos higienistas, el catolicismo social y el movimiento obrero.

Es en 1926 cuando se crea el curso de Visitadoras de Higiene Social, dependiendo de la Facultad de Ciencias Médicas de la UBA. Los mismos eran dirigidos a mujeres apuntando a la prevención y profilaxis en el campo de la salud. En 1930 es creada la primera Escuela de Servicio Social dependiente del Museo Social Argentino, que si bien tenía una preponderancia del pensamiento médico higienista, incorporaba psicología, la economía social, sicopatología, demografía. En 1941 se crea la Escuela Argentina de Asistentes de menores y Asistentes Penales, y en 1945 cambia su nombre a Escuela Argentina de Asistentes Sociales. Según Gustavo Parra estos antecedentes confirmarían "*... la tesis sostenida por Ander-Egg, Alayón y Barreix, de que el Trabajo Social surgió como una profesión para-médica y para-jurídica y con un fuerte carácter auxiliar...*"[5].

A partir de la década del 60´ y del 70´ con el Movimiento de la Reconceptualización se pone en evidencia para el propio colectivo profesional las divergencias en torno a los proyectos socio profesionales vigentes. La conjunción de categorías marxistas con el ideario peronista y a su línea interna vinculada al Cristianismo de Liberación fue una matriz analítica que marca el período en Argentina (Siede, 2004). Esta heterogeneidad de tendencias incluían propuestas reformistas y modernizantes de la profesión, y en algunos casos proponiendo una perspectiva revolucionaria del Trabajo Social, abriendo un amplio abanico de posturas en el desarrollo del Trabajo Social Latinoamericano.

La irrupción de la dictadura militar en 1976 llevó a un silenciamiento del debate profesional y permitió el fortalecimiento de la tendencia más conservadora hegemonizando la discusión profesional en los parámetros de actualización operativo instrumental.

En la actualidad, según Virginia Siede "*... la falta de profundización sobre la dimensión teórico- metodológica de la intervención profesional anula la posibilidad de superar la centralidad*

---

[5] Ibídem.

del debate anclado en términos puramente axiológicos y operativos, contribuyendo a afianzar el sincretismo profesional en una acumulación anárquica de referenciales teóricos que son, en algunos casos, eclécticamente combinados y vaciados de los contenidos explicativos de la dinámica social, quedando reducidos a marcos conceptuales que actúan como telón de fondo de los análisis sin extraer de ellos sus trazos explicativos... "[6].

[6] Siede Virginia. " El Trabajo Social argentino en los 60´-70´. Reconstrucción del debate profesional en el marco de la Reconceptualizacion". Ponencia presentada en el Congreso de Araxa a Mar del Plata. Mar del Plata, 2004.

MODELOS DE ACTUACION PROFESIONAL:

❖ **El positivismo**: Sostiene que la comprensión de la actividad humana debe estar basada en los métodos de la ciencia natural. Una teoría no seria considerada verdadera o útil si no fuera capaz de predecir las consecuencias de las acciones que se toman y no se pudiese comprobar que las consecuencias acaecidas fueron las que se predijeron. Este enfoque debe prestarle mucha atención al diseño experimental y estadístico de las pruebas de predicción, así como comprobar la integridad de la lógica al propagar y exponer la teoría.

❖ **La teoría psicosocial**: El exponente mas importante fue Hamilton. Los elementos fundamentales son el concepto de persona en situación y el de clasificación del tratamiento del trabajo casuística. el trabajo casuista se proyecta hacia la gente, a sus entornos y a sus mutuas relaciones; hacia la persona en situación. El estudio psicosocial tiene sus orígenes en la teoría del diagnostico; el estudio implica observar, analizar y sacar conclusiones de las relaciones, del entorno y de los acontecimientos que hayan tenido incidencia en la vida del cliente.

❖ **La teoría funcional**: Sostiene que la función de los organismos del trabajo social modelan y dirigen la practica en cada esfera de actividad. Se interesa por las interacciones con el mundo externo.

❖ **Teoría marxista**: Consiste en un enfoque de la historia que estudia como se producen las materias que se necesitan para la vida. La gente mantiene una relación dialéctica con su mundo social, esto significa que si bien las personas son oprimidas e

influidas por el, también estas a su vez pueden ejercer influencia sobre el. Los individuos a la par que crean la historia son configurados por ella. El marxismo no solo se apresta para el estudio de los factores de la producción, si no que también para el de las relaciones sociales que estos factores originan por conducto del materialismo histórico.

- **Teoría radical**: Aparece como critica al trabajo social tradicional. La práctica radical es presentada como comprensiva de la situación del oprimido en el contexto de la estructura económica y social en la que vive. Una perspectiva radical la ofrece Freire: la liberación de la lucha por la subsistencia solo se consigue mediante un cambio revolucionario.

- **Teoría de los sistemas:** Se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos de subsistemas, formando aquellos a su vez parte de unos microsistemas. Esta teoría se aplica tanto a sistemas sociales como a biológicos. Los principales conceptos son: un sistema es una entidad con límites dentro de la cual se intercambian energía física y mental. Un sistema cerrado es aquel en el que no existe intercambio a través de sus fronteras. Un sistema abierto es aquel en el que la energía cruza sus límites por ser permeable.

- **Teoría humanista:** es el modo de mirar la vida, los seres humanos intentan darle sentido al mundo en el que viven, y los trabajadores sociales tratan de ayudar a la gente a fin de que adquieran la capacidad necesaria para poder analizarse a si misma y poder analizar la situación personal que ella imprime al mundo que percibe y afecta.

❖ **Teoría cognitivista:** tiene que ver con la cognición, esto es, con el pensamiento de la gente. Da por sentado que la conducta esta dirigida por el pensamiento y por los impulsos, conflictos y sentimientos inconsciente. Ofrecen una forma de entendimiento del trabajo social de tal modo que realzan la capacidad racional de los clientes para administrar sus vidas y acrecientan sus capacidades mediante técnicas claras.

❖ **Teoría construccionista:** se da desde un enfoque transdisciplinario, en el que se articulan otros paradigmas y diversas disciplinas. Opera en el plano de las representaciones, valoraciones e interpretaciones que los sujetos le asignan a la realidad lo que se expresa a través del lenguaje en acciones comunicativas intersubjetivas.

CONFIGURACION DEL PERFIL PROFESIONAL.

La especificidad profesional es una construcción histórico-social que se estructura en un proceso, a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Ese ámbito de relaciones está constituido por sujetos sociales, que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional.

El proceso de construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la delimitación del conjunto de prácticas y representaciones que den cuenta del problema social. La especificidad se constituye en el mismo proceso de estructuración de un marco de referencia que otorga un significado particular a todos los elementos constitutivos de ella. Estos elementos son:

- Los sujetos sociales: individuo, grupos o instancias sociales involucradas en la intervención profesional.
- El objeto de intervención: un fenómeno real y concreto que demanda ser atendido.
- El marco de referencia: conjunto de representaciones desde las cuales se entiende y conceptúa el problema. Es la fundamentación de la intervención.[7]

La especificidad profesional comienza a construirse recuperando elementos de otras prácticas no profesionales.

1880-1900: acción de la Iglesia

[7] García Salord, Susana. Especificidad y Rol en Trabajo Social. Currículo- saber- formación. Edit. HVMANITAS. Bs. As.

Beneficencia como acción publica del Estado, para regular los efectos destructivos del proceso de industrialización y urbanización en Argentina. Estas organizaciones de beneficencia estaban a cargo de las mujeres de la oligarquía y eran financiadas por el Estado y por donaciones privadas. Las acciones eran de carácter moralizante y dirigidas a los pobres, quienes lo eran como producto del azar y por debilidades morales que la persona padecía.

Esta modalidad de intervención del Estado ha influido en la Intervención Profesional en 2 aspectos: en lo relacionado a la concepción de los pobres y en su clasificación y también en las formas de distribución de los recursos.

1900-1920: Asistencia Social (del Estado): se profesionaliza la intervención del Estado, para una mayor eficiencia y racionalidad y para garantizar el orden y la pacificación social, que estaban en peligro por el aumento de la pobreza.

La institucionalización de la profesión es parte del proceso de división técnica del trabajo y del reconocimiento del Estado de que las desigualdades sociales son generadas en el sistema capitalista.

1920-1930: Momento de conceptualización del Trabajo Social. Se acentúa el papel empírico de la profesión, consumidora de teorías provenientes de otras disciplinas sociales. Se busca conocer el objeto de intervención a través de un conjunto de evidencias, verificadas a través de un conjunto de pasos. El rol de trabajador Social esta orientado a la adaptación de las disfunciones sociales.

1930-1950: Se da un proceso benéfico-asistencial en la profesión. Se explican los hechos por lo que se ve o por lo que informan. Por esto se desarrolla una concepción paramédica y/o parajurídica, tanto en la formación como en el ejercicio profesional. El rol del Trabajador Social, es el de auxiliares de médicos y jueces.

1950-1960: Se consolida y se oficializa el TS de grupo y Comunidad. Se continúa priorizando el papel pragmático de la profesión; el vacío teórico se profundiza. EE.UU.

imprimió en la profesión la ideología liberal de superar los problemas sociales con reformas institucionales, que no afectaran la estabilidad del sistema, sino que lo fortaleciera mediante el manejo de la acomodación y adaptación a las condiciones del medio social. La función del conocimiento es proveer información para el desarrollo de Programas de Bienestar y Desarrollo. El rol de TS es de adaptador, orientador y agente de cambio para el desarrollo.

1960-1970: Surgen las refutaciones a la concepción desarrollista dominante en TS. Nace en los países latinoamericanos la Reconceptualización que rechazó el papel asistencial y postuló un servicio social politizado que respondiera a las necesidades del proletariado para revertir el sistema de explotación dominante. Se presenta el marxismo como la alternativa teórica y metodológica para la profesión. El método científico era el método dialéctico y como método de intervención se propuso el método único, básico e integrado. Se introduce como temática la investigación científica de las prácticas profesionales para eliminar el pragmatismo relativo del TS y producir teoría a partir de su práctica. La función del conocimiento esta relacionada con el uso de categorías mecánicamente aprendidas, con el fin de realizar un análisis casi macro-social. La lógica del conocimiento estaba dada por la acción inmediata para contribuir en los procesos de cambio, acelerándolos. El rol del TS es el de transformador social y educador social.

1970-1980: Se caracteriza por un examen de la Reconceptualización, para encontrar sus contradicciones, inconvenientes, logros y perspectivas, originadas por la ausencia de un proceso coherente entre la realidad institucional, la práctica profesional y la formación académica. Se intenta redefinir el quehacer profesional. Se comienza a poner mayor énfasis en los estudios de la teoría del valor, la política social y la planificación. Etapa de oscurantismo por los golpes de Estado en A Latina, que truncan este proceso de reflexión y de producción teórica. Durante esta década y la anterior se desarrollan en TS las metodologías de Investigación Participante, Investigación Acción, Militancia y Compromiso.

1980-1990: Comienza a examinarse reflexivamente el pasado de la profesión. Período de maduración y consolidación científica donde se hace hincapié en la construcción sólida de la profesión sin modelos externos. La función del conocimiento es la de búsqueda de nuevas posibilidades teóricas que respondan a la creatividad y a la construcción de la identidad y autonomía profesional. Se acentúa la investigación en TS como medio real de producción teórica para el avance de la profesión. El rol de TS es el de promotor del hombre en su búsqueda de la solución a sus necesidades sociales.

1990-2000: Se enmarca al TS en un contexto de crisis paradigmática, de transformación y complejización social. En este contexto, se debe ubicar la construcción del objeto de estudio y de intervención. La función del conocimiento es comprender a los sujetos en su situación, la naturaleza de las relaciones humanas y de la acción humana, que permita la construcción de una teoría de la intervención que mejore su calidad, la garantice y la fundamente. Las formas de abordar el objeto de intervención son mas complejas, porque la realidad se ha complejizado, existe una preocupación por la producción teórica en la profesión que redunde en su mayor autonomía. Se esta redescubriendo la riqueza que posee la practica profesional para la producción de conocimiento y el mejoramiento de la intervención. El rol del TS se encuentre en plena redefinición dada por la crisis del contexto.[8]

[8]Lichardi, María Cecilia. Trabajo final. Implementación de la metodología de caso social individual- familiar en el campo de la Educación durante la práctica institucional supervisada. Sistematización de una experiencia en el Colegio "Dr. Arturo Illia" de la ciudad de Mar del Plata. Año 2005.

LA METODOLOGÍA DEL CASO SOCIAL INDIVIDUAL-FAMILIAR

ORIENTACIÓN METODOLÓGICA

Se define al Servicio Social como "un programa diferente de las Ciencias Sociales que se distingue por acceder al conocimiento de la realidad operativamente, el proceso de conocimiento es un proceso de intervención y por lo tanto de transformación... "[9]

El Trabajador Social accede a este proceso por medio del establecimiento de un examen racional participativo, entablando una comunicación racional con los sujetos involucrados. Esta comunicación se caracteriza por ser participativa y dialógica, constituyéndose en la vía adecuada para comprender a la persona, su circunstancia y el medio que se comparte con él. Es así como se va estructurando la acción profesional, ya que es el camino utilizado para lograr las transformaciones sociales deseables pero también un fin profesional que busca orientar la acción hacia fines comunes.

Respecto a la especificidad y en consideración de lo antedicho podemos visualizar al menos dos autores que la definen por el enfoque y autores que la definen por el objeto.

Para el profesor Di Carlo el objeto especifico del Servicio Social es "... el hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias. Es la unidad consciente y actuante del ser persona.. "[10]

---

[9] Di Carlo, E y Equipo. "La comprensión como fundamento de la investigación profesional". Argentina, Ed. Hvmanitas. 1995. Pág. 105

[10] Di Carlo, E y Equipo. "La comprensión como fundamento de la investigación profesional". Argentina, Ed. Hvmanitas. 1995. Pág. 38

Según el planteo de Maria Angeloni[11] esta unidad tiene su origen y desarrollo en la experiencia social. La persona es un sujeto consciente, especialmente comunicativo y corporativo. Su inteligencia reflexiva le permite orientar su acción hacia fines y valores, sopesando, cotejando y seleccionando uno entre los diversos cursos de acción posibles.

La persona constituye el sujeto central de la intervención social, siendo a la vez actor y protagonista de su propia vida. El Trabajador Social establece una comunicación significativa con la persona en la resolución del problema. Ambos deben integrarse simultáneamente desde el principio para resolver el problema.

Pero si solo nos quedáramos con una definición por el objeto no lograríamos diferenciarnos de toda profesión que trabaja para la modificación de cualquier circunstancia humana, con una perspectiva humanística. Puesto que todo trabajo con la persona es *trabajo social,* respondemos con qué aspecto de lo social trabaja el *Servicio Social* nos remite directamente a pensar en el objeto.

Descontando que "el objeto *se construye en la relación a partir del vínculo" cual es la otra parte del debate?* Aparentemente habría acuerdo en definirlo como campo de interferencias donde emerge el problema social.

En esta orientación Margarita Rozas refiere que "cada disciplina se diferencia por el modo de mirar, apropiarse e intervenir en lo social"

La comunicación racional entonces es de naturaleza reflexiva, implica el diálogo, recuperación del sentido, del significado y la reflexión de las consecuencias posibles de la situación deseada para todas las personas involucradas. El proceso de comunicación racional es un proceso de pensamiento que va a permitir develar la interioridad y la exterioridad del acontecimiento, cuales son los hechos que configuran la situación y cual es la intencionalidad que se le atribuyen a los hechos. Se descubre la orientación de los actos humanos de las personas involucradas. Comunicación racional "El cómo" para elucidar los

[11] Di Carlo, E y Equipo. "La comprensión como fundamento de la investigación profesional". Argentina, Ed. Hvmanitas. 1995. Pág. 63

múltiples atravesamientos de las instancias psicodinámicas, psicosociales e institucionales (Bleger) y para las condiciones que influyen en la aparición , persistencia o transformación del problema social (coordenadas de Margarita Rosas) e identificar como fortalecer o restaurar situaciones de vulnerabilidad o ruptura.

Basándonos en lo planteado por Beatriz Castellanos[12] en el proceso de resolución de la demanda, la elaboración de la respuesta se da por la confrontación de lógicas diferentes (Institución – Asistente Social- Persona) perspectivas de la situación y propuestas con intencionalidad diferente. De esta confrontación emergen elementos que permiten la construcción de estrategias para la resolución de la problemática analizada, en esta tríada se incorporan todos aquellos actores sociales que participan del binomio salud - enfermedad.

De esta confrontación nace una nueva lógica fundante de la respuesta, una nueva comprensión de la realidad que contiene a todos los participantes.

Se define al Caso Social Individual-Familiar como "... la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se le responde en consideración a su dimensión psicosocial; incluyendo la historia, pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto); implicando a otras relaciones significativas según la naturaleza de esa demanda, la determinación del sujeto y el criterio profesional... "[13]

La dimensión psicosocial de la persona integra los aspectos psicológicos y sociales.

Evaluar los aspectos psicológicos no significa realizar tratamiento de trastornos de la personalidad, implica la comprensión de las condiciones internas del sujeto.

Evaluar los aspectos sociales significa considerar el contexto con una perspectiva amplia y circular de ambiente; la familia, la red social natural, la comunidad y sus condicionantes históricos, culturales, económicos y políticos.

---

[12] Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmanitas. Año 1998. Pág. 165.
[13] Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmanitas. Año 1998. Pág. 140.

El Trabajador Social confronta con realidades complejas, personas vulnerables en situaciones multiproblemáticas.

La toma a cargo de una demanda de atención individualizada "caso social" parte de una dificultad de la persona para afrontar un acontecimiento que genera una situación problemática indeterminada. Se originan diferencias en las relaciones interpersonales, no puede lograrse una visión compartida ni lograr los acuerdos mínimos que requiere el manejo adecuado de los emergentes de esa situación.

El objetivo se centra, según B. Castellanos[14] , en promover la capacidad de apropiación objetiva de la realidad social para que las personas puedan construir una posición crítica en su contexto, que les permita afrontar las dificultades, exigencias y expectativas propias y del contexto relacional.

Entonces esta perspectiva de Servicio Social orienta la intervención al logro de cambios en la persona, las relaciones interpersonales y la situación social, a través del establecimiento de una relación dialógica con los sujetos involucrados.

PROCESO METODOLÓGICO:

Si acordamos que el Trabajador Social confronta con una realidad compleja, auto orientada, con dinámica propia y multideterminada, la intervención va a darse en un proceso de respuesta. Para Dewey , dicho proceso es la transformación controlada o dirigida de una

[14] Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmanitas. Año 1998. Pág. 145

situación indeterminada en otra tan determinada en sus distinciones y relaciones constitutivas que convierten los elementos de la situación original en un todo unificado.

El primer paso en este proceso es la transformación de la situación indeterminada en una situación problemática, paso inicial para el planteamiento del problema. Durante este proceso, el Trabajador Social debe discriminar analíticamente los elementos de la situación problemática para comprender que sucede y porque, lo hace sobre la base de dos operaciones: observación analítica (datos seguros) e interpretación del material observado (nuevas ideas).

Discriminar analíticamente los elementos, requiere dimensionar el problema en aspectos. Cabe mencionar que el contenido de estos aspectos va a develar la naturaleza de la persona y su entorno (familia, red social) así como su funcionamiento psicológico y social. Como Perlman señala deberán vincularse a: la naturaleza del problema, la naturaleza de la Institución, la misión de la institución y la función social de la misma.

LA PERSONA

Partimos de pensar a la persona como unidad bio -psico -social, caracterizado con rasgos fisonómicos particulares, es un ser reflexivo, con capacidad transformadora que construye en el cotidiano y en relación dialéctica con los otros, conocimiento.

Con necesidad de ser confirmado por otros semejantes, con los cuales descubre el mundo y tratan de explicarlo.

Dentro de un contexto, el ser es parte del mundo y lo social es constitutivo del ser persona.

Actúa respondiendo a las expectativas de los demás, se identifica en un grupo y la sociedad no sólo es el medio donde se desarrolla la personalidad del sujeto sino que es fuente y origen de ésta, cada persona construye una propia identidad.

A lo largo de la vida humana los sujetos van asumiendo diversos roles dentro de los espacios donde se relacionan. La relación con los otros semejantes es mediatizada por el lenguaje que es la forma más compleja de comunicación mediante la cual cada objeto, sujeto y relaciones adquieren un significado, comunicación con la cual se verbalizan y objetivan las cosas.

Ana Quiroga define al sujeto como...*"ser de necesidades, que sólo se satisfacen socialmente. El sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es sujeto producido en una praxis. Nada hay en el que no sea la resultante de la interrelación entre individuos y grupos"*...

EL AMBIENTE Y LA PERSPECTIVA DE REDES:

El hombre es un ser social y es único e irrepetible. Su naturaleza humana se expresa en el proyecto singular que va construyendo.

Satisface sus necesidades en relación, intercambiando afecto, ayuda material e información con sus vínculos primarios. Cuando su red primaria se agota recurre a sus organizaciones secundarias.

La sociedad fue estructurando formas diversas para la satisfacción de necesidades del hombre, que pueden dividirse en aquellas de carácter societario o instituido y aquellas de carácter comunitario o no instituido. Existen áreas de la vida social que están menos bajo el control normativo y viceversa, lo que hace necesario que se piense al binomio comunitario-societario como un todo.

Desde esta perspectiva, la comprensión de la realidad social, del lugar de la persona principalmente en las áreas menos normatizadas por la sociedad, se debe pensar desde las Redes sociales, ya que por su interactividad son las intersecciones dinámicas entre lo comunitario y lo societario.

Las redes sociales son definidas como "entidades relacionales complejas de carácter colectivo que tienen atributos morfológicos e interactivos que le son propios y como fin, la satisfacción de necesidades afectivas, informativas y materiales de los miembros que las integran".

Podemos identificarlas en:

-redes sociales primarias

-redes sociales secundarias

Las primeras son conjuntos de personas que se conocen entre sí y están unidas por lazos de familia, vecindad, amistad, trabajo o estudio, construyendo agrupamientos en el que los vínculos que unen a sus miembros son de naturaleza afectiva, tanto positiva como podría ser negativa. Representan un territorio psíquico y las relacionen que en ellas se producen están basadas en la reciprocidad, estando los intercambios caracterizados por la gratuidad.

Las segundas son conjuntos sociales instituidos, estructurados en forma estipulada para desarrollar funciones específicas. Sus integrantes cumplen roles predeterminados y las relaciones que se dan en su interior se fundan en el derecho o en el dinero.

Las redes familiares están constituidas por personas unidas, por lazos familiares, por ejemplo. Sin embargo familia y redes no son términos equivalentes y sobre todo no son excluyentes. En términos de redes se piensa a la familia y a su ambiente en unidad, evitando aislar a las personas de los vínculos con su entorno tanto mediato como inmediato. Los límites de las redes primarias se despliegan más allá de los de la familia extensa.

De la misma manera, las redes primarias son asimilables a los pequeños grupos, ya que si bien las relaciones que en su interior se establecen tienen naturaleza afectiva y sus miembros se conocen recíprocamente, presentan ciertas características que las distinguen como sujetos colectivos diferentes. Una de estas características es que no poseen límites y que son fluctuantes en el tiempo y en el espacio. No poseer límites significa que no es posible establecer un adentro y un afuera como en el caso de los grupos (endogrupo-exogrupo) ; las inclusiones de nuevas relaciones o el cese de otras, cambia la configuración de la red sin variar su naturaleza misma. Las redes primarias tienen una historia que trasciende más allá de la propuesta en común que puede unir a sus miembros.

Cuando se habla de redes secundarias, se establece necesariamente un paralelo con la idea de instituciones u organizaciones, sin embargo éstas no son sinónimos de red.

La institución u organización se define ante todo por sus misiones y funciones, para cuyo logro la existencia de una configuración de red no es necesaria.

REDES NATURALES:

Las redes primarias y secundarias tienen su espacio de intersección en la vida cotidiana constituyendo lo que se denomina redes naturales.

Son la expresión de los mecanismos puestos en marcha por las personas para satisfacer sus diversas necesidades, condicionadas en su construcción y acceso por cuestiones estructurales y no solo producto de la voluntad o la disponibilidad.

Para su comprensión, es necesaria caracterizarlas desde una triple ambivalencia: de las redes secundarias hacia las primarias, de las redes primarias hacia las secundarias y en el interior de las redes mismas.

Las redes naturales entendidas como la interfase entre redes primarias y secundarias constituyen el espacio cotidiano donde lo macro social se particulariza.

Dado que necesidades y problemas son de diversa naturaleza. Podrán variar en el tiempo y en intensidad. Pueden emerger nuevas necesidades y desaparecer otras. De esta manera la persona puede pertenecer a varias redes de diferentes características.

Además, estas redes a lo largo de la vida constantemente van modificándose

LA DIMENSIÓN FAMILIAR:

El hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupaciones sociales. En la medida en que las sociedades se hacen más complejas y se requieren nuevas habilidades, se diferencian las estructuras sociales.

En la mayoría de las culturas la familia se ha caracterizado por ser patriarcal:

- En el tipo de familia que describe el antiguo testamento, los jefes de los clanes podían tener varias esposas, en lo que respecta a las mujeres eran de condición relativamente baja
- En la Antigua Roma no se practicaba la poligamia y la mujer disfrutaba de mejores condiciones. La familia romana era extensa y el patriarca tenía mucha autoridad, como por ejemplo matar a sus propios hijos.
- En la Europa Medieval la familia se regia por las practicas de la iglesia Católica Romana y el feudalismo se caracterizaba por tener una familia extensa y dominada por el hombre.

La revolución industrial genero grandes cambios en la estructura familiar. La industrialización y la urbanización trajeron consigo la desintegración de los Estados feudales e impulsaron una profunda transformación de los modos de vida y del trabajo.

Muchas personas abandonaron el campo y acudieron a la ciudad para trabajar en las fábricas. Este proceso llevo a la disolución de numerosas familias extensas. Así el régimen patriarcal fue cediendo terreno lentamente a una mayor igualdad de sexos. La unidad relevante fue el individuo y no la familia.

Se puede observar como la familia ha sufrido y sigue sufriendo diversos cambios a lo largo de la historia, vinculados a los cambios de la sociedad.

En la actualidad, en países dependientes como el nuestro coexisten diferentes modalidades de organización y funcionamiento de sus miembros.

CONCEPTO DE FAMILIA:

La familia debe ser entendida como ".una unidad bio-psico-social con leyes y dinámicas propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones, variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que la rodea..."

La familia es una grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorecen a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración.

En la base de lo planteado por Minuchin, la familia es considerada como la matriz de la identidad. Esto es debido a que en los procesos precoces de socialización, las familias moldean la conducta del niño y el sentido de identidad de cada miembro se encuentra influido por el sentido de pertenencia a una familia especifica.

LOS DIFERENTES TIPOS DE FAMILIA:

que Referencia Teórica

Actualmente el modelo familiar se encuentra en una constante transformación. No se puede hablar de un solo modelo de familia como tampoco de un solo sistema de valores. Sin embargo la sociedad democrática tiene que promover un modelo de familia, donde las relaciones entre sus miembros estén basadas en el respeto mutuo, el dialogo y la participación.

- Familia como vínculo jurídico y/o religioso: por razones formales o por convicciones religiosas la pareja solemniza su unión.
- Familia consensual o de hecho: se considera que la pareja mantiene un vínculo estable, pero que no ha establecido una unión solemne.
- Familia Nuclear: en este tipo, se da que dos generaciones "padres e hijos" viven juntos. Constituyen estructuras adecuadas para las sociedades urbanizadas.
- Familia ampliada o extensa: en ella s da la convivencia de tres generaciones y-o la presencia de otros familiares convivientes.
- Familia ampliada modificada: si bien no hay convivencia, las relaciones entre los miembros tiene un comportamiento clínico.
- Familia monoparental: esta conformada por el o los hijos y por solamente el padre o la madre, como cabeza de la familia.
- Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de los hijos de distintas uniones: es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido experiencias matrimoniales anteriores.

- Familia separada: padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.

- Grupos familiares de crianza: se incluyen a situaciones particulares como la adopción, nietos a cargo de abuelos, etc.

- Familiarización de amigos: se reconoce una relación estrecha a los que son entrañablemente amigos

- Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: a juicio del autor no debe ser considerada como relaciones vinculares familiares.

ESTRUCTURA FAMILIAR:

RF

Se entiende por estructura familiar al "...conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia...". Entonces la familia es un subsistema que opera a través de un conjunto invisible de demandas funcionales. La repetición de estas demandas establecen pautas acerca de cómo, cuando y con quien relacionarse regulando la conducta de los miembros.

La familia debe responder a cambios internos y externos, manteniéndose como marco de referencia de sus miembros.

En base a lo planteado por Minuchin, el sistema familiar desempeña sus funciones por subsistemas. Los individuos son los subsistemas en el interior de una familia. Los limites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. La función de estos límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben ser claros.

EL CICLO DE VIDA FAMILIAR:

Toda familia instituye sus propias reglas de funcionamiento que pueden variar según el momento histórico que esta pasando. El ciclo vital esta determinado por un hecho critico, frente al cual la familia siente la necesidad de revisar sus modalidades de funcionamiento.

Para describir las etapas por las cuales atraviesa la familia se toma como referencia a lo planteado por la Lic. Beatriz Valssachi:

- Formación de la pareja: el hecho crítico lo constituye el matrimonio o la convivencia estable de una pareja. cada uno de los miembros de la pareja proviene de diferentes familias, con sus propias reglas y modelos comunicativos. Este periodo se caracteriza por la definición de la frontera de la sociedad conyugal, desde la estipulación de reglas hasta el proceso de separación de las familias de origen.

- La familia con niños: el hecho crítico consiste en el nacimiento del hijo. Cambian las reglas internas y externas. Los miembros de la pareja pasan a ser padres. Surgen problemas de orden organizativo: opciones respecto del trabajo de la madre, etc. Implica también la definición del rol de abuelos en la primera generación, que dependerá del nivel de independencia logrado en la primera etapa. Los abuelos deben aceptar el rol de padres asumidos por sus propios hijos y respetar las distancias previamente establecidas.

- La familia con adolescentes: el hecho crítico es la adolescencia de los hijos. Como no existe una señal clara que marque el paso de la niñez a la vida adulta, se hace necesario que la familia flexibilice sus fronteras para facilitar la paulatina desvinculación de

los hijos. En esta etapa se produce un mayor compromiso en la pareja en vista de la partida de los hijos y un acercamiento a la primera generación que esta envejeciendo.

- La familia trampolín: el hecho crítico es la partida del hogar de los hijos. Es el momento de la incorporación de yernos y nueras a una nueva realidad familiar, en la cual los roles son diferentes. Se cubre la distancia generacional entre padres e hijos que se reconocen como hombres y mujeres adultos con un mundo interior. Se necesita además un empeño cada vez mayor en el sostenimiento de la primera generación, que se encuentra en una fase de envejecimiento progresivo.

- La familia en edad avanzada: los hechos críticos son la jubilación, la enfermedad y la muerte. La jubilación de uno de los cónyuges impone la necesidad de renegociar reglas internas, redefinir deberes y espacios individuales. Por otro lado el jubilado se replantea sus objetivos vitales con la dificultad resultante de organizarse para el tiempo libre. Además surge la necesidad de apoyo ligado al estado de salud, que puede sufrir un deterioro progresivo. La capacidad para prestar apoyo a los padres ancianos esta vinculada a la calidad de la relación establecida en las frases precedentes.

LA FUNCIÓN FAMILIAR

Los roles dentro del seno familiar se fueron diferenciando. Esto se produce cuando se separa el hogar del lugar de trabajo.

El padre era el encargado de ser el sostén económico del hogar y la madre de brindar sostén afectivo a la familia. Entonces las funciones familiares estaban regidas a una cuestión de género.

En la actualidad estas funciones fueron replanteadas, a raíz de insatisfacción que sentía la mujer al estar excluida del ámbito público. Además el desarrollo científico le permitió una planificación del tamaño de la familia y una simplificación de las tareas domesticas. Esto permitió a la mujer insertarse en el ámbito publico y no estar solamente relegada a las tareas domesticas y al hombre tener un vinculo mas cercano y afectivo con sus hijos.

Estas funciones, entonces pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia, aunque mayoritariamente siguen estando ejercidas por la madre, el padre y el hijo respectivamente.

Siguiendo las consideraciones de Eroles, la funciones se caracterizan por:

- Función materna: esta función se origina por los deseos de tener un hijo. Es la encargada de las conductas nutricionales. Permite que el primer contacto con el mundo exterior se de en un clima continente que le permita al infante desarrollar la confianza básica necesaria para vivenciar el mundo como acogedor.

- Función Paterna: es el reconocimiento del hijo por medio de la asignación del nombre, reconociendo a su paternidad. Valora mas la realización personal que el éxito

- Función Filial: conecta a la familia con el futuro. Cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras antiguas sobre el futuro que irrumpe en la familia trayendo nuevas ideas, visiones, muchas veces queriendo romper la anterior.

LA INSTITUCIÓN.

La Administración es una disciplina científica y técnica que se encarga del estudio del funcionamiento de las organizaciones. Las explica, estudia, predice su comportamiento, es un proceso complejo unificado, dinámico de control, planificación y gestión.

Esto se da dentro de una estructura de programas y proyectos planificados por la propia organización que los lleva adelante. Organizaciones que se encuentran situadas dentro de un contexto, un lugar y momento histórico determinado que influye, modifica al propio accionar profesional, a la organización y a los usuarios de los servicios prestados por éstas, los cuales entretejen entre sí representaciones sociales, valores positivos y negativos respecto de los programas, de las instituciones; que influenciarán no sólo en el cumplimiento o no de los objetivos de la misma sino también en el grado de respuesta que la institución pueda dar a la población usuaria como ésta a la organización.

Schlemenson define a la organización como *"...un sistema sociotécnico integrado y deliberadamente constituido para realizar un proyecto tendiente a la satisfacción de sus miembros y de la población o audiencia externa que le otorga sentido .Esta organización está inserta en un contexto socioeconómico y político con el que guarda relaciones de intercambio y de mutua determinación..." (1993)* .

A grandes rasgos se pueden delimitar la presencia de cuatro escuelas que desde diversos enfoques trataron de trabajar sobre las definiciones de lo que es una organización como así también de que tarea deberían desempeñar, funciones, estructuras. Estas son por un lado la Escuela Clásica con sus mayores referentes Fayol y Taylor que plantea el trabajo del hombre análogo al de una máquina, ubicado en primer lugar en grados de importancia.

Diseñan al organigrama como instrumento en el cual volcar la estructura organizativa.

Elton Mayo es el referente de la Escuela de Relaciones Humanas que plantea una fuerte crítica al modelo clásico, repiensa al hombre en situación de trabajo, de su necesidad de pertenencia, a la supervisión en las organizaciones más flexibles. La Escuela Neoclásica repiensa los pensamientos de la Clásica y profundiza algunos conceptos.

En cada ámbito institucional son establecidas diversas relaciones donde quien es el poseedor de poder adjudicado por la posesión de recursos (materiales, sociales) marcan una diferencia que deja establecidas vinculaciones intrainstitucionales en no pie de igualdad, por lo que será común observar grupos de poder que por medio de sus intervenciones buscarán el seguir manteniendo el mismo sin permitir que otros puedan proponer cambios en los estatutos reglamentarios o en las formas de intervención .Cada cuerpo de profesionales tendrá adjudicado un rol y funciones desde los cuales tendrán mayor o menor incidencia en lo que se refiere a cambios al interior de la organización, como así también la flexibilidad de sus intervenciones.

Foucalt plantea que las instituciones son aquellas corporaciones que trabajan actúan intervienen en mayor o menor grado con el fin de buscar y hacer primar una verdad absoluta que es la que da cuerpo y constituye la base sobre la que fue cimentada la misma.

Organizaciones donde el poder está centralizado en pocas manos y los espacios de reflexión institucional han sido y son cerrados.

Algunas harán predominar por medio de sus acciones dispositivos diferentes de control social tratando de mantener el orden establecido ya que éste principio es la fuente y origen según el autor de las instituciones.

Por ejemplo en el ámbito de la salud las instituciones médico asistenciales ya sean salas de atención primaria como hospitales es un común denominador cuerpos de profesionales médicos llevando a cabo intervenciones desde los paradigmas del Modelo

Médico donde los pacientes son "pacientes" y tienen tiempo y obligatoriedad de esperar , son vistos y tratados como objetos sin sentimientos ni pensamientos , fragmentados en dos partes que parecieran no tener relación entre sí : la mente y el cuerpo.

EL CAMPO DE LA SALUD

Este es uno de los campos de mayor y más antigua implementación del Trabajo Social. Se basa en la premisa de las relaciones entre salud y los factores sociales.

La práctica social esta condicionada por las relaciones de estado y sociedad civil.

La formación profesional depende de una progresiva acción del estado en la regulación de la vida social, esto es cuando toma a su cargo enfrentar las manifestaciones de la cuestión social.

Parra señala dos matices o filosofías fundacionales del Trabajo Social, por un lado una matriz de base doctrinaria fundamentada en los conceptos de persona humana y moral cristiana, por el otro, una matriz de base racionalista y laica, ligada al movimientos de los médicos higienistas, cercanos al liberalismo y al positivismo, apuntaban a una regulación desde lo público, interviniendo en forma preventiva y educativa. Ambas matrices pretenden la armonización y el control de los conflictos sociales.

Esta raíz ideológica del Trabajo Social marca profundas huellas conservadoras, que persisten hasta la actualidad.

Dentro del campo del Trabajo Social en relación con la salud, y en especial desde la práctica, se reproducen en parte las discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud.

- Por un lado existe una puja entre dos concepciones, una podríamos denominarla sectorial y la otra integral. La primera plantea su accionar especialmente o específicamente, dentro del campo de la salud, es decir secundariza las problemáticas de

tipo social o estructural que conforman desde nuestro punto de vista la totalidad de la cuestión sanitaria.

- La segunda, justamente, plantea lo opuesto, o sea, entiende a la salud como emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica. Así esta aproximación a lo social, entendiendo la consulta, la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, como emergente de una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral.

A partir de la concepción integral de la salud, se van derivando las funciones de los Trabajadores Sociales en este campo de actuación, señalamos las más significativas:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.

- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex – pacientes, grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.

- Participar de los equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria, donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad.

- Participar de los equipos de trabajo del área socio-sanitaria promoviendo la formación de programas de medicina y salud comunitaria.

- Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.

- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana.

Cualquiera sea la actividad o tarea específica dentro de este campo, el Trabajo Social en salud pretende proporcionar a los individuos cierto grado de autonomía en los

problemas de salud. Partiendo del supuesto de que no hay recuperación si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SALUD

El concepto de Salud, como construcción histórica social, ha ido evolucionando y se ha enriquecido de diferentes perspectivas teóricas. Desde esta perspectiva, estos conceptos están atravesados por el desarrollo del capitalismo, posibilitando la realización del mismo.

Durante el siglo XX, y hasta nuestros días, la salud era considerada en contraposición con el concepto de enfermedad, componiendo un binomio Salud-Enfermedad. Se era sano si no se estaba enfermo.

Mediada la década del 40´, la OMS define a la Salud como "el completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad". Milton Terry entrada la década del 50´ criticando el carácter utópico de esta definición, define a la Salud como "Un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de enfermedad". "...Pasa de un concepto estático de salud a uno dinámico; y establece el concepto continuo Proceso Salud-Enfermedad..."

En los años 70´, surge el Movimiento de Salud Comunitaria, integrando al concepto de salud una mirada holística, haciendo hincapié en la integración del equipo de salud en la comunidad.

En 1985, la Carta de Ottawa define la Salud como "La salud es el resultado de las condiciones de: Alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, libertad y acceso a los servicios de Salud. Este concepto se centra en la idea de la participación comunitaria en los sistemas de salud, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud.

En la segunda posguerra, ante la emergencia de diferentes problemáticas sociales, se incorporan las Ciencias Sociales al campo de Salud tratando de dar respuestas y afrontar las demandas del momento. Esto se expandió a partir de las instituciones del Estado de bienestar, quienes incorporaron gran parte de científicos sociales al campo sanitario (Hermida, 2005).

Según Beatriz Castellanos, encontramos tres posiciones que coexisten en la actualidad referidas a la Salud:

❖ Concepción biologicista-mecanicista: que define a la Salud como ausencia de enfermedad. Existe bienestar o malestar ligado a aspectos físicos orgánicos funcionales.

❖ Concepción ecologista-dinámica: Define a la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo a la ausencia de enfermedad. (OMS) vinculando el bienestar a aspectos psicosociales sumados a los biológicos.

❖ Concepción histórica-procesual: entendiendo a la Salud como proceso histórico social. Relacionando el bienestar con la calidad de vida, incorporando e integrando a los aspectos físicos, biológicos psicológicos, axiológicos, culturales y sociales.

Casteñeda Gilberto. "La salud y sus determinantes". Apunte de cátedra. Noviembre de 2003.

Cfr Castellanos, Beatriz. "La intervención de redes naturales: el modelo clínico" en Di Carlo y equipo "La perspectiva de Redes Naturales: un modelo de trabajo para elServicio Social". Ed. Humanitas. 1998. Citado por Hermida, M. en "Apunte parareflexión Salud/Enfermadad". UNMDP,2005.

DEFINICIÓN DEL CONCEPTO SALUD.

La salud es considerada en todas las culturas como un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las mas importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de los individuos como de la sociedad misma.

Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir que se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud.

En otros términos, es necesario reconocer que:

- Las practicas de atención de la salud se asientan, de modo consciente o inconsciente, en determinados supuestos sobre que es la salud y suponen opciones acerca de los modos de recuperarla;
- Las formas de organización de las instituciones de salud reflejan, de modo explícito o implícito, una concepción acerca de la salud y de su formas de intervención;
- Toda práctica de salud produce efectos en las poblaciones y en los individuos, algunos explícitamente buscados, otros muchas veces es ni siquiera previstos o deseados.

ABORDAJE A LA PROBLEMÁTICA ELEGIDA

DROGADEPENDENCIA

Dentro de la salud mental ubicamos la drogadependencia entre de los trastornos exógenos u orgánicos, que son cuadros que obedecen a una causa detectable: una infección, un traumatismo, un crecimiento tumoral o cualquier otro agente nocivo que agrede al sistema nervioso central y provoca una serie de problemas en la vida psíquica y en la conducta del individuo.

Desde la antigüedad el deseo de modificar el nivel de conciencia y estado de ánimo han sido factores que han contribuido a que el hombre consuma sustancias psicoactivas, aunque en culturas primitivas existía una limitación y restricción de su uso a ceremonias de tipo religioso, el consumo era por vía oral y métodos precarios que daba lugar a una absorción lenta, lo cual facilitaba su metabolización y eliminación, por lo cual el uso de estas sustancias no sería catalogable dentro de los criterios actuales de abuso.

En los últimos cien años han aparecido formas de consumo altamente patológicas. El descubrimiento de la jeringa hipodérmica a mediados de siglo XIX posibilito la administración directa al torrente sanguíneo, y la elaboración de sustancias que posibilitan su fácil utilización por vía inhalatoria las hacen llegar con mayor rapidez al cerebro.

Algunas drogas como el cannabis o la heroína fueron utilizadas en un principio como medicamentos, y luego desechadas por su capacidad adictiva, otras conservan actualmente indicación terapéutica (anfetaminas-barbitúricos).

DROGA: sustancia farmacológicamente activa que introducida sobre el sistema nervioso central, puede producir alteración en el comportamiento, incluye sustancias de uso legal como el tabaco, alcohol y sustancias de uso doméstico (disolventes).

DROGADEPENDENCIA :una de las primeras definiciones formuladas por la OMS en 1964 es :"estado psíquico y a veces físico de la interacción de un organismo vivo y una droga, con respuesta a la compulsión de consumirla continuamente a fin de experimentar sus efectos o evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona,, con o sin fenómenos de tolerancia, pudiendo depender de mas de una droga"

En 1981se completa esta definición diciendo: que debe contemplarse también la dependencia como un conjunto de fenómenos cognitivos, comportamentales y fisiológicos.

La droga es considerada enfermedad, cuando el individuo que consume drogas ha involucrado su organismo y deja de ser una situación psíquica, y además cuando se necesita un tratamiento para salir de ella y no puede ser controlada

Para comprender que la adicción es una enfermedad, tenemos que definir que es una enfermedad, así se define como un fenómeno que presenta por lo menos estas tres características:

. Hay síntomas que son conjuntos de señales de alarma que el organismo emite indicando un desperfecto.

. Progresión, o sea las cosas empeoran si no se atiende el problema

. Se puede hacer un pronóstico de cuales son los resultados si la enfermedad sigue su curso.

CONCEPTO DE DEPENDENCIA: ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

El sistema DSM desde 1980 no utiliza el término adicción, porque entiende que el mismo es abarcativo de otras conductas como el juego, el trabajo y la comida. La definición de Dependencia, que es la denominación que si utiliza en reemplazo del anterior, está construida alrededor de cuatro criterios:

-conductual -temporal -farmacológico -biopsicosocial

El patrón de conducta en torno al consumo deberá ser desadaptativo (conductual y biopsicosocial); prolongarse durante un año (temporal); provocar tolerancia, abstinencia (farmacológicos), compulsión por el consumo (farmacológico-conductual) y deteriorar el funcionamiento psicológico, laboral, social y familiar del sujeto que consuma la sustancia (biopsicosocial).

La Dependencia será la forma más grave de la problemática de consumir sustancias. Deberá producir en algún momento alguno de los siguientes cuatro ítems:

-Tolerancia: necesidad de incrementar las dosis para obtener el mismo efecto o disminución del efecto habitual con la dosis previa.

-Abstinencia: síndrome psicoconductual específico vinculado a una sustancia, producido por la suspensión brusca del consumo, luego de un hábito prolongado o disminución súbita luego de un consumo pesado.

-Compulsión por el consumo: alude al carácter irrefrenable de la conducta una vez que aparece el deseo. Compulsión implica: "no puedo parar cuando tengo ganas" o "cuando empiezo no paro".

-Deterioro o Descuido: es la pauta generalizada de derrumbe que hace que las conductas de búsqueda de droga y todo lo vinculado a la droga en sí misma, prevalezca sobre el resto de las actividades de la vida de un sujeto enfermo.

Es importante recalcar que un diagnóstico no es la suma fría de un número de requisitos y por lo tanto alguno de ellos puede faltar. Por ejemplo en la dependencia sin dependencia fisiológica no hay síntomas de abstinencia. Por otra parte es frecuente escuchar a pacientes adictos (dependientes) negar su cualidad de tal al sostener que pueden "dejar cuando quiero", aludiendo a un supuesto control voluntario sobre tal conducta. En realidad el vínculo de adherencia está presente en que, lo que no se puede dejar de hacer, es consumir cuando se presenta el deseo. Por lo tanto la compulsión por el consumo es uno de los elementos centrales para el diagnóstico.

CONCEPTO DE ABUSO. DIFERENCIAS CON LA DEPENDENCIA

La característica saliente del Abuso es la pauta de consumo que provoca malestar, sin haber comprometido aún las áreas de funcionamiento de la personalidad, pero que ocasiona problemas por violaciones de normas (reglamentos o leyes). Los problemas

legales son la marca registrada de esta figura. En la actualidad se ha demostrado que Abuso es un diagnóstico independiente de la Dependencia.

.USO, ABUSO Y DROGADEPENDENCIA

A pesar de las definiciones operacionales mencionadas existe una dificultad para articular los distintos tipos de conductas de consumo, y poder diferenciar por ejemplo, cuando un uso ocasional o social (este último para el caso de drogas lícitas) deviene en abuso o comienza a transitar el sendero que lo conduce hacia la enfermedad. Para resolver dichas dificultades, es necesario aproximarse a este campo desde la clasificación que el Dr. Maccagno propuso en 1973, por ser de suma utilidad clínica y conceptual. La misma establece los siguientes estadios:

-**Uso de drogas**, definido toxicológicamente, y no semánticamente, como el uso de una misma droga, frente a un mismo estímulo, pero sin regularidad en tiempo. Y nombra como ejemplo al estudiante que está acostumbrado a recurrir a las anfetaminas frente a la situación de examen, pero no en otras circunstancias. O el caso del deportista que consume estimulantes en ocasión de las competencias. La justificación es que usada de vez en cuando no produce daño. El autor, dice entonces que estos usadores no son toxicómanos, pero están en la primera fase de una cadena. De no ser detenido en esta fase, llegará indefectiblemente al estadío final: la drogadicción.

-Abuso de drogas, que es la segunda fase de esta carrera, muy próximo a la toxicomanía. Reconoce dos modalidades. Primero, la utilización de la misma droga frente ya a diferentes estímulos, pero aún sin regularidad de tiempo. Es el caso del estudiante que recurre a la droga en los exámenes, pero también ante otras motivaciones. La segunda, no caracterizada por la modificación del estímulo, sino por la variación de la droga. Y destaca un aspecto fundamental: siempre que todavía ocurra sin regularidad de tiempo. Se utilizan drogas distintas para lograr un fin compensatorio. Uso de anfetaminas para trabajar y depresores para dormir. Este estadio se encuentra próximo al tercero y final.

-Drogadependencia, que es la etapa final o grado máximo de problemática con el consumo de la droga. Aquí el uso es permanente y compulsivo, provocando modificaciones en el organismo que al mismo tiempo perpetúan la ingesta: habituación (necesidad psíquica), tolerancia, dependencia. Esta pauta de consumo produce deterioro orgánico, psíquico y social.

El uso indebido de drogas alude a una pluricausalidad en donde deben distinguirse la personalidad premórbida; el contexto familiar donde el sujeto se desarrolla y los factores sociales que actúan como el escenario donde el individuo se desarrolla y como sucesos precipitantes al mismo tiempo.

CARACTERÍSTICAS DE LA EDAD Y DROGAS CONSUMIDAS POR LA POBLACIÓN ATENDIDA:

. Las características principales de esta etapa es que viven un intenso proceso de cambio corporal, intelectual y afectivo, generando tensiones, cuyas causas, en muchas ocasiones, no se encuentran en el propio adolescente sino en la familia, el grupo y/o la comunidad escolar.

No obstante la mayoría de los adolescentes realizan generalmente una adaptación razonable superando la tensión y los conflictos de manera satisfactoria.

La adolescencia es un período de transición de la infancia a la madurez que sirve como preparación e iniciación a la edad adulta.

Se trata de un período en el que se producen cambios corporales, afectivos, cognitivos, de valores y de relaciones sociales.

En lo corporal se experimentan cambios importantes en la constitución física. El adolescente esta muy atento a su cuerpo y los estereotipos de belleza propios de su cultura.

En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógicas- formales, lo que permite la resolución de problemas complejos.

Se produce una fuerte integración en el grupo de pares y comienza el proceso de emancipación familiar, los lazos con el grupo de pares se estrechan pasando de los grupos de un solo sexo a grupos mixtos. El grupo actúa como agente de socialización permitiendo al adolescente practicar conductas, habilidades y roles que contribuyen a la construcción de su identidad adulta.

Es un momento crítico en la formación de la identidad.

La representación de si mismo pasa a constituir un tema fundamental.

Aparece la moral autónoma, las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación y no de imposición de los adultos.

Las drogas mas frecuentes en esta edad son:

.Alcohol y tabaco

.Cannabis

.Inhalantes

En esta edad hay rasgos de personalidad tales como baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, falta de autonomía, dificultad para manejar la ansiedad, escaso sentido crítico, dificultad para resolver conflictos o tomar decisiones y algunas actitudes o sistemas de valores y modos de relacionarse con el grupo que incrementan el riesgo de tener problemas con las drogas.

El consumo de drogas entre los adolescentes es casi siempre grupal (se bebe en grupo y los "porros" se fuman compartidos pasándolos de mano en mano). El inicio del consumo tiene lugar, la mayoría de las veces, por el ofrecimiento de un amigo delante de otros amigos.

Se debe preparar a los adolescentes para saber responder ante la oferta.

Factores de riesgo propios de la relación del individuo con el grupo:

- Debilidad frente a la presión grupal
- Excesiva dependencia del grupo
- Determinadas posiciones en el grupo
- Señas de identidad favorecedora del consumo

En esta edad la influencia de la familia es determinante tanto en la construcción de la identidad personal como en el desarrollo de las pautas de relación con los otros. Existen

determinados modos de relacionarse con los hijos que pueden favorecer el desarrollo de conductas problemáticas de uso de drogas.

Factores de riesgo familiares:

- ❖ Sobreprotección
- ❖ Falta de comunicación
- ❖ Dificultad para fijar límites
- ❖ Situaciones familiares conflictivas
- ❖ Excesivo consumo de drogas por parte de los padres
- ❖ Sobreexigencia
- ❖ No fomentar la autonomía

Algunas características de la sociedad donde esta inmerso el adolescente favorece al consumo de drogas. Pero algunas personas son más sensibles que otras a su influencia dependiendo de su sentido crítico, su capacidad de análisis, su autonomía.

Factores de riesgo socioculturales:

- ❖ Concepción actual del ocio
- ❖ Sistema de valores dominantes
- ❖ Publicidad

EL ALCOHOL

TIPOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Las bebidas fermentadas. Son aquellas que proceden de un fruto o de un grano, y que por acción de levaduras microscópicas, han sufrido un proceso de fermentación. (vino, cerveza, etc.)

Las bebidas destiladas. Se obtienen destilando una bebida fermentada, es decir, eliminando por el calor, parte del agua que contiene Una bebida destilada tiene mayor graduación (más alcohol), que una bebida fermentada

EFECTOS FARMACOLOGICOS. El alcohol, es un depresor del Sistema Nervioso Central (S.N.C.), aunque en pequeñas dosis tiene efecto estimulante e inhibitorio. Los síntomas que experimenta un sujeto tras la ingesta de alcohol, dependen de la cantidad ingerida, y la capacidad de asimilación por el cuerpo humano, así como la tolerancia del individuo (depende de si se trata de hombre o mujer, el peso,...), estos síntomas pueden variar desde mínimas alteraciones de la conducta hasta el coma y muerte por depresión del centro respiratorio (se calcula que esta situación podría presentarse con una tasa de 5 gramos de alcohol por litro de sangre).

ALCOHOLEMIA. Presencia de alcohol en la sangre. Es la consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas y condiciona las manifestaciones de embriaguez. En su estado normal, la sangre contiene de 0,1 a 0,3 gramos de alcohol por litro. Hasta los 0,5 gramos, la absorción de alcohol no afecta por lo general al comportamiento, pero rebasada esta cifra puede provocar estados patológicos de embriaguez. El alcohol se absorbe con mayor rapidez si se ingiere en ayunas y se halla muy concentrado. La alcoholemia es máxima hasta una hora después de la absorción, y luego se reduce de 0,1 a 0,2 gramos por litro de sangre y por hora. Por este motivo, tras una absorción importante de alcohol, el estado de embriaguez puede prolongarse durante varias horas

INTOXICACION AGUDA. Síntomas habituales:

Alteración de la visión y de la percepción.

Lenguaje farfullarte.

Trastornos de la coordinación.

Confusión mental y desorientación.

Hay una reducción de la capacidad autocrítica, cambios absurdos del estado de humor y emotividad (depresión, euforia, etc.), afectación de la memoria y empobrecimiento de las funciones del pensamiento. Todas estas manifestaciones, pueden variar según la tolerancia que cada sujeto haya desarrollado hacia el alcohol.

INTOXICACION CRONICA. El consumo abusivo de alcohol de forma continuada, conlleva la aparición de la dependencia psíquica, tolerancia y dependencia física, esta dependencia física es la causante de que la interrupción del consumo de bebidas alcohólicas, de lugar a la aparición del síndrome de abstinencia o Delirium Tremen (delirio con temblor y excitación intensa, acompañado de ansiedad, trastornos mentales, alucinaciones terroríficas, sudor y dolor precordial). Como consecuencia de la intoxicación crónica, el organismo va sufriendo los efectos tóxicos del alcohol, siendo el hígado el principal afectado, dado que la metabolización. del alcohol de produce en ese órgano, pudiendo producir en casos extremos la denominada cirrosis hepática. El S.N.C. sufre también una serie de lesiones como consecuencia de la acción tóxica del alcohol, que se va a manifestar en una serie de trastornos que van desde cambios de carácter, alteraciones de la memoria, confusión mental, hasta enfermedades mentales irreversibles donde hay una merma de las capacidades psíquicas, físicas e intelectuales del individuo.

El consumo continuado, además de la dependencia psíquica, produce dependencia física, por la que la deshabituación, tras un largo tiempo de ingesta, debe hacerse con control médico. Por otra parte, en fases terminales, cuando el hígado esta muy dañado y no funciona, pequeñas cantidades de alcohol producen un gran efecto al no poderse metabolizar.

EL TABACO

Se da este nombre a distintas especies del género Nicotiana, cuya principal especie, la Nicotiana tabacum o tabaco común, proporciona el tabaco para fumar, mascar o tomar como rapé.

La intoxicación crónica producida por consumo habitual de tabaco es frecuente en los países industrializados, donde es causa de dolencias cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, afecciones del aparato respiratorio y úlceras gástrica y duodenal. Los efectos nocivos del tabaco sobre el organismo dependen de las sustancias químicas contenidas en la hoja de tabaco y que son las precursoras de los productos que aparecerán en el humo tras la combustión, son 4 principalmente:

La Nicotina: A dosis moderadas, tienen un efecto estimulante sobre los ganglios del S.N. Vegetativo, y a dosis elevadas tienen el efecto contrario, es decir, bloquea la transmisión nerviosa a través de estos ganglios. La Nicotina a través de la acción sobre el S.N.C., es la causante de la dependencia psíquica del tabaco. La Cantidad que absorbe un individuo, varía con la intensidad de la inhalación, generalmente solo absorbe un 30 % del contenido de nicotina, el resto pasa al ambiente de manera que, cuando se fuma en espacios cerrados, los no fumadores se convierten en fumadores pasivos pues inhalan el humo presente en el ambiente. También tiene un cierto efecto vasoconstrictor sobre distintos órganos centrales como el corazón, así como en las arterias coronarias, el tabaco también produce vasoconstricción de los vasos de la placenta de la mujer embarazada, cuya función principal es el intercambio de oxígeno y nutrientes con el feto, viéndose afectado este en su desarrollo (peso y talla inferiores a lo normal), y también por el menor desarrollo y la acción de la sustancia tóxica inhalada por la madre, que ha pasado al torrente circulatorio del feto.

El monóxido de Carbono: Es un gas que procede de la combustión incompleta de la hebra de tabaco. Este compuesto tiene la particularidad de competir con el oxígeno en su combinación con la hemoglobina, pero con una afinidad 300 veces superior a la de éste, formará un compuesto la carboxihemoglobina, que no es útil para la respiración celular al bloquear la hemoglobina para el transporte de oxigeno. Este efecto sumado a la vasoconstricción coronaria da la nicotina, justifican la relación del hábito de fumar y la aparición de accidentes coronarios.

Gases irritantes: Van a afectar al aparato respiratorio, donde desarrollan una doble acción, por una parte aumenta la aparición de moco y por otra alteran los mecanismos de limpieza de las células ciliales del epitelio respiratorio, que es donde el moco se acumula dejando zonas mal ventiladas y fácilmente colonizables por gérmenes. Evolucionando esta situación en alteraciones respiratorias típicas del fumador hasta la aparición de bronquitis ya sean estas de invierno, de repetición o las más grave de ellas la crónica.

Sustancias cancerígenas: En el humo del tabaco se han detectado diversas sustancias cancerígenas como el Benzopireno, que se forman durante la combustión del tabaco o del papel de los cigarrillos. Se ha comprobado que el número de cánceres de pulmón tiene relación directa con la cantidad de tabaco consumida por un País, y también esta relacionado directamente con la aparición de cáncer en otros lugares del organismo como la vejiga, el colon, etc.

DEPENDENCIA. El tabaco desarrolla una dependencia psicológica, que se encuentra fundamentalmente asociada al ritual del acto de fumar. Se desarrolla tolerancia a la nicotina que hace incrementar la cantidad consumida al doble o al triple, aunque desciende rápidamente con la interrupción del uso del tabaco, por eso hace más efecto el cigarrillo de la mañana. Aunque no de carácter grave, con la interrupción del hábito, se presenta un síndrome de abstinencia con diferente intensidad, según el individuo, en forma de alteraciones psíquicas como intranquilidad, falta de concentración, alteraciones de apetito y

de carácter orgánico como secreciones, estreñimiento, hipotensión, etc. El fumador dependiente que interrumpe el consumo, suele experimentar en los primeros días alteraciones neurovegetativas tales como sudación, palpitaciones y mareos, crisis del mal humor, problemas de relación por falta de control, depresión, aumento de peso, etc.

MARIHUANA (CANNABIS)

Desde hace siglos que se cultivan las plantas del género Cannabis (Cannabis sativa), tanto para obtener la fibra del cáñamo como por sus supuestas propiedades medicinales y psicoactivas. La forma habitual de consumo de las diferentes preparaciones es la fumada, pura o combinada con tabaco rubio.

La intoxicación aguda se manifiesta a través de dispercepciones, trastornos de la percepción temporal y espacial, trastornos en la apreciación de los colores, incremento en el tiempo de reacción ante estímulos visuales y luminosos, y alucinaciones, siendo muy variables en función de las características del sujeto y ambiente de consumo. El efecto se completa con cambios en el ánimo y en la motivación. El efecto buscado es el de un estado subjetivo de euforia y relajación, que se asemeja a una intoxicación moderada por alcohol pero que difiere en su cualidad de "achispamiento". El efecto tiene una duración de aproximadamente dos horas. Muchos consumidores crónicos refieren que su primera experiencia fue adversa. Estos síntomas se completan con taquicardia, hipotensión moderada sequedad de mucosas, inyección conjuntiva.

Contrariamente a la creencia generalizada en los medios de comunicaciones y entre los consumidores de marihuana y hasta no hace mucho en la comunidad médica general, la marihuana si produce tolerancia, que es el reflejo de cambios neuroadaptativos centrales. Cuando se discontinúa su consumo pesado presenta como sindromología de abstinencia: insomnio, anorexia, agitación, inquietud, irritabilidad, depresión, y temblor.

El lugar de esta droga en el terreno de las adicciones es conocido como de puerta de entrada: es la que introduce al individuo en el mundo de la experimentación psicotrópica. Existe una secuencia descrita por Kandel en el que analiza el recorrido de un adicto desde la cerveza al crack. La idea es que para consumir crack, es necesario haber conocido la cocaína y además saber fumar, para lo cual es necesario también que haya fumado alguna droga psicotrópica (marihuana). Pero por último para consumir marihuana es requisito haber fumado (tabaco) y conocer el efecto de la ebriedad alcohólica (en general la cerveza). De este modo la marihuana es la puerta de entrada a la experiencia subjetiva psicotrópica ilícita, y por tal cuestión no puede ser considerada una problemática sanitaria menor.

INHALANTES

Se encuentran en varios productos industriales y caseros o domésticos, como los pegamentos, las pinturas, los aerosoles, el thinner, la gasolina, la acetona, etc....

Estos productos de la Química moderna han presentado efectos no deseados en el desarrollo de la industria. Los inhalantes son usados particularmente por las clases bajas.

Su bajo costo y su fácil acceso los hace más disponibles. Los inhalantes contienen benceno, tolueno, acetona, nitritos orgánicos, óxidos nitrosos, etc. Debido a que poseen un olor agradable tienen aceptación rápida. En sus efectos encontramos: estados de euforia o alegría acompañada de sensaciones placentera; da lugar a las alucinaciones (agradables o terribles), produce sentimientos de grandeza y una mayor tolerancia al dolor. El abuso de los inhalantes provoca la muerte por falla cardiaca. El benceno ocasiona daños en la Médula Ósea; el tolueno produce daño renal; la gasolina, intoxicación por el plomo y lesiones en la médula. Su uso frecuente se manifiesta en irritabilidad, agresividad, falta de apetito, desgano, pérdida de afectos. Puede inducir a la búsqueda de drogas mayores como el alcohol, marihuana, etc.... Presenta dependencia física y psíquica.

LEGISLACIÓN

En la Argentina rige la Ley 23.737 (modificada por la Ley 26.052), que establece el régimen legal sobre estupefacientes. Además, nuestro país ha ratificado una serie de tratados internacionales vinculados a esta especial materia: la Convención Única de Naciones Unidas sobre Estupefacientes (1961), modificada por el protocolo de 1972; la Convención de Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas (1971); y la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988) Por otra parte, en el ámbito hemisférico, Argentina ha adoptado mediante el decreto 1339/96, la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio aprobada por la Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas en su Vigésimo Período Ordinario de Sesiones que tuvo lugar en la ciudad de Buenos Aires en el mes de octubre de 1996.

MARCO LEGAL

Los primeros antecedentes son de principios del siglo XX. La Ley 11.309 (1924) sancionaba al que estando autorizado para la venta, venda o entregare o suministre alcaloides o narcóticos sin receta médica. La Ley 11.331 (1926) agregó el tercer párrafo al artículo 204 del Código Penal, penalizando a los que no estando autorizados para la venta, tengan en su poder las drogas a que se refiere esta ley y que no justifiquen la razón legítima de su posesión o tenencia.

La Ley 17.818 (de 1968) y la Ley 19.303 (1971) determinan la lista de estupefacientes y la de sustancias psicotrópicas respectivamente, que pueden circular en nuestro país, bajo estricto control.

La Ley 23.344 limita la publicidad de cigarrillos e impone la obligatoriedad de incluir en los paquetes una advertencia sobre el contenido de sustancias cancerígenas.

La Ley 23.358 establece la inclusión en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción.

La Ley 23.737 tipifica, entre otras conductas, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia de estupefacientes con fines de comercialización.

La Ley 24.788 prohíbe en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas y crease el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol.

La Ley 24.819 preserva la lealtad y el juego limpio en el deporte, y establece la creación de la Comisión Nacional Antidoping y del Registro Nacional de Sanciones Deportivas.

La Ley 24.455 obliga a todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional incluidas en la Ley 23.660, recipiendarias del fondo de redistribución de la Ley 23.661, a incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos

médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

La Ley 26.052 incorpora modificaciones a la Ley de Estupefacientes N° 23.737

La Ley 26.045 crea el Registro Nacional de Precursores Químicos.

MODELOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN DROGADEPENDENCIA

A la vez que ha variado la conceptualización del fenómeno de las drogodependencias y los conocimientos que se tienen al respecto, se han ido configurando diversos enfoques preventivos.

Antes de enumerarlos es pertinente aclarar que se presentan en orden de aparición cronológica, pero el nacimiento de cada uno de ellos no supone la desaparición del anterior; más bien se entremezclan sus elementos.

-La principal diferencia entre ellos es el grado de relevancia que otorgan a cada uno de los elementos interactuantes -**droga, sujeto, contexto**- desprendiéndose por tanto medidas sociales, preventivas, legislativas, de muy diversa índole en función del enfoque predominante.

- ❖ Modelo ético-jurídico
- ❖ Enfoque médico sanitario
- ❖ Enfoque psicosocial
- ❖ Modelo socio-cultural

❖ Modelo geopolítico estructural

Estos modelos de referencia, complementarios entre sí, se constituyen como bases teóricas sobre las que fundamentar la intervención. Esta intervención en el ámbito de la prevención de los consumos de drogas pretende el desarrollo de los factores de protección y la disminución de los factores de riesgo, en el marco de la comunidad, y tomando la participación como motor del desarrollo personal y colectivo, desde los diferentes ámbitos de actuación, a saber, legislativo, jurídico, educativo, sanitario, social...

MODELO ETICO-JURIDICO: Se sustenta en la consideración de que el abuso de sustancias ilegales es en sí misma una conducta delictiva causante de las drogodependencias ante la que se deben adoptar medidas punitivas. Destaca la sustancia como agente corruptor; consecuentemente, el sujeto se identifica como un ser delincuente e inmoral responsable de su adicción.

Persigue:

Dificultar la disponibilidad de la sustancia.

-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.

INCONVENIENTES

· Los agentes que tendrían más cabida son los directamente relacionados con la represión de la producción, tráfico y consumo (jueces, policías, etc...)

· Probablemente el castigo o su amenaza no conlleve los efectos deseados. Por una parte conduce a un permanente estado de vigilancia que vulnera los principios elementales de la libertad individual. Por otra, contribuye a potenciar su carácter prohibido con el consecuente atractivo que esto supone.

· En la práctica, este enfoque se ha concretado en charlas a los colegios por parte de agentes del orden público y se ha observado que la información, por sí sola no es suficiente y que si se enfatizan los efectos y consecuencias negativos de la misma, esta información carece de rigor, de objetividad y no conlleva los resultados preventivos esperados.

· Elevar el precio de las drogas tampoco es una estrategia segura para reducir su consumo, ya que si bien al principio se observa una pequeña reducción de su consumo esta no se mantiene.

ENFOQUE MEDICO-SANITARIO: Se sustenta en la idea de drogadicto como víctima de una enfermedad. Destaca la droga como agente agresor, no ya corruptor, de la salud pública sin importar el estatus legal de la misma.

Persigue:

-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.

INCONVENIENTES

· La información como principal estrategia, no es suficiente porque, por sí sola no provoca el necesario cambio de actitudes y valores que persigue la prevención

· Es preciso considerar que en el consumo de drogas están implicados tres vértices de un mismo triángulo: La sustancia, el individuo y el entorno, por tanto carece de valor considerar a la sustancia como la causante de la adicción, en la que la persona es un ser pasivo sin responsabilidad en el consumo de la misma (idea de drogodependiente= enfermo).

ENFOQUE PSICOSOCIAL: 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 conducta. Destaca el ser humano con sus necesidades psicológicas y sociales, relegándose a un segundo plano la sustancia que, por sí misma, no justificaría la génesis del problema.

Persigue:

-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 generales de prevención inespecífica y educación para la salud destinados a frenar tanto la magnitud de los problemas adictivos como la de cualquier otra conducta desadaptativa.

-Pulir los programas preventivos: desde este planteamiento el recurso al miedo o el 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 de drogas.

INCONVENIENTES

· Desde este modelo no se le da suficiente importancia a las consecuencias físicas de consumo de drogas, ni a las consideraciones legales sobre las mismas

· Aunque desde este modelo se tiene en cuenta la interacción de factores droga, individuo, entorno, se presta poca atención a las condiciones macroeconómicas o políticas de la sociedad en la que ese individuo está inmerso.

MODELO SOCIO-CULTURAL: Se sustenta en el siguiente planteamiento: "una verdadera política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica dentro de la que crecen los consumidores de drogas, ni dejar de considerar el aspecto

cultural del uso de ciertas sustancias por parte de grupos concretos. Las desigualdades, la falta de oportunidades para grandes sectores de la población, la marginación y el desempleo, la ideología dominante etc., se conciben como tantos factores causantes de la aparición masiva de las toxicomanías. El entorno cultural determina, a su vez, los tipos de drogas y las formas de consumo". (Massün).

Destaca la complejidad y la variabilidad del contexto más allá de los efectos de la droga y del propio individuo.

Propone:

-Mejorar las condiciones de vida y crear un ambiente en el que las necesidades que se cubren mediante el consumo de drogas se puedan satisfacer a través de otras conductas menos perjudiciales.

-Implicar a la sociedad en su conjunto, sobre todo los sistemas educativo y sanitario, para que disminuya la aceptabilidad social de las drogas y varíen los valores que están manteniendo su utilización.

INCONVENIENTES

· Poca atención se presta desde este modelo a las características de la sustancia.

· Excesiva responsabilidad atribuida a la sociedad en su conjunto como causante de los problemas de drogas, en detrimento de la responsabilidad individual.

En la actualidad se propugna el "Modelo integrador"

- ❖ La drogadependencia es un fenómeno complejo y cambiante

- ❖ Necesidad de tener en cuenta todos los modelos propuestos
- ❖ Analizar los factores intervinientes en cada caso, situación y momento histórico.
- ❖ Actuar sobre todos los ámbitos priorizando intervenciones en función de las necesidades

EL SERVICIO SOCIAL EN EL CAMPO Y PROBLEMÁTICA ELEGIDO

Propuesta de tener una referencia Teorica 2

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio-cultural en lo que se desenvuelve su acción.

Tiene que comprender los procesos sociales económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que proporcionan los miembros de la comunidad.

Para esto se requiere un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

El equipo de salud debe realizar el abordaje en forma interdisciplinaria, de manera tal que cada especialista integre sus conocimientos específicos con el fin de lograr un código único, común y operativo. Creando un sistema de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

El trabajo social comparte con las ciencias sociales la responsabilidad de investigar la sociedad, basándose en su propia metodología.

El trabajador social dentro del equipo debe aportar el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la aparición de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando, vigilando o descartando aquello que retarda el logro de sus objetivos.

Pretende elevar el funcionamiento social de las personas individual y grupalmente, por medio de actividades sociales, producto de la interacción del hombre y su entorno.

OBJETIVOS:

Participar de las actividades del equipo de salud, aportando conocimientos específicos del quehacer profesional en el campo de lo social.

Integrar el equipo interdisciplinario a fin de abordar la problemática social de la familia.

Brindar atención profesional a las familias en las que uno o mas de sus miembros se en contacto.

Elaborar un diagnóstico social de la familia, teniendo en cuenta los factores bio-psico-sociales que inciden en la salud de la misma.

Participar de la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de las actividades y proyectos grupales de prevención y promoción de la salud, dentro de la interdisciplina.

Coordinar los programas y recursos existentes a fin de favorecer el tratamiento social del grupo familiar.

FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL

PROMOCIÓN:.

. Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.

. Suministrar información sobre hábitos saludables.

. Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual.

PREVENCIÓN:

. Estudiar las actitudes y valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.

.Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y desarrollo de los problemas de salud

.Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que alcancen mejor calidad de vida.

. Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.

. Estudiar el nivel de aprovechamiento de los servicios de salud.

. Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.

RECUPERACION:

. Contribuir con el resto del equipo a reparar los daños causados por la enfermedad.

. Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotoras de la recuperación de su salud.

REHABILITACION:

. Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.

. Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.

SUPERVISION EN SERVICIO SOCIAL

Intentando un acercamiento a la definición de Supervisón, nos remitimos al origen del concepto ., que proviene del latín , súper " sobre" es decir mirar desde arriba , mirar desde lo alto que hace referencia al acto de observar o estudiar algo con una visión global y a una cierta distancia. Maria José Aguilar Ibáñez hace mención de varios autores que definen a la supervisión, como unos aspectos educativos y administrativos. La autora realiza una síntesis teniendo en cuenta las definiciones anteriores, en cuanto a operatividad y comprensión de la supervisión, como un proceso sistemático de control, seguimiento, evaluación, orientación , y formación de carácter administrativo y educativo , que lleva a cabo una persona en relación c/ otra , sobre las cuales tiene una cierta autoridad dentro de la organización , a fin de lograr la mejora del rendimiento del personal , aumentar su competencia y asegurar la calidad de los servicios .

Considerando a la Supervisión como un proceso de carácter administrativo y educativo en el trabajo social , debe desarrollar funciones de esta naturaleza .

En el aspecto administrativo destacan las funciones de evaluación , seguimiento , control , mediación y estimulo .

En el aspecto educativo, las de orientación, asesoramiento, guía y formación, pretendiendo fundamentalmente enseñar a hacer.

Para lograr una enseñanza y formación permanente con los supervisados, asegurar servicios de calidad, socialización de los conocimientos, como también elevar el nivel teórico práctico, se realizan registros de la información, sistematización del proceso y conocimientos, entrevistas y la reflexión en acción dentro de la intervención.

SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE CAMPO

ENCUADRE INSTITUCIONAL. DE LA CONCURRENCIA AL SEMDA:

La concurrencia comienza el 2/5/05, luego de la conformidad de la Trabajadora Social y presentación de carta de solicitud a la Jefa de departamento de Salud Mental.

La etapa de inserción institucional, el ingreso a lo cotidiano del servicio, a las tareas dinámicas se realiza con la incorporación a los diferentes espacios como observadora. Participando en este carácter, en la reunión de equipo, en la de grupo de padres y en las entrevistas de la Trabajadora social.

Para la interiorización de la temática y lineamiento del equipo del servicio para abordar la problemática se solicita bibliografía, trabajos realizados por el equipo, por residentes de psicología, y documentos de la institución.

Se encuentra buena apertura en los miembros del equipo, ante las preguntas sobre rol, organización y ámbito en el que se desempeñan, siendo la mayor fuente de información la Trabajadora Social, quién por los años de trabajo en la institución ha podido brindar un amplio panorama institucional.

A lo largo de la práctica se acompañan las intervenciones y se colabora con lo que se esta al alcance de hacer. En algunos momentos no se pudo participar en entrevistas, ya que la presencia de más de dos personas, o el tipo de situaciones condiciona a los pacientes.

También se comenzaron a realizar con el transcurso de la práctica, el conocimiento de la organización y de los pacientes, entrevistas en domicilio y entrevistas a solas, con la supervisión de la Trabajadora Social.

Se participó de las reuniones de equipo y en las de grupo de padres, en un primer momento como observador, y luego de interiorizarse en los casos, con intervenciones en ellas. En una situación en la que la Trabajadora Social no pudo estar presente, se coordino la reunión a solas en conjunto con un asistente terapéutico.

La voluntad de apertura del equipo hizo más fácil y pronta la inserción, en ningún momento se sintió malestar por la presencia de persona ajena.

La mayor dificultad que se encontró fue diferenciar en un principio la organización del SEMDA y de Salud Mental, ya que la misma Trabajadora Social aborda situaciones de ambos servicios.

Se acuerda con el Servicio Social trabajar dos horas por la mañana en sede de (8 a 10 hs.), y por la tarde realizar trabajo de campo y participar los días martes y miércoles de las reuniones de equipo y grupo de padres.

S.E.M.D.A. (DATOS DE BASE)

NOMBRE DE LA INSTITUCION: S.E.M.D.A (Scio. Municipal de Atención a las Adicciones)

DEPENDENCIA: Municipalidad

AREA: Salud Mental. Atención Primaria de la Salud

UBICACIÓN: Av. Jara 1661. Barrio Los Andes

LOCALIDAD: Mar del Plata

TELEFONO: 0223-473-2037

POBLACION DESTINATARIA: personas de ambos sexos mayores de 14 años, residentes en el Partido de General Pueyrredón que consumen sustancias tóxicas.

RESPONSABLE DE LA INSTITUCION: Lic. en psicología Susana Rodríguez

HORARIO DE ATENCION: 8 a 17 hs.

ORIGEN. BREVE RESEÑA HISTÓRICA

El inicio del servicio se remonta al año 1987, cuando comienza a prefigurarse lo que en el año 1988 comenzaría a funcionar como Comunidad Terapéutica denominada "Por amor a la Vida". Estaba vinculada y guiada conceptualmente, en relación a la concepción del tratamiento y la forma de implementarlo, por el proyecto UOMO de Italia. Basaba el tratamiento en una visión reeducativa, normativa y de cambio de hábito conductual.

El tratamiento constaba de tres etapas:

Admisión: la persona concurría a un centro de día de 9 a 17hs., regresando luego a su casa

Comunidad terapéutica una vez superada la etapa de admisión la persona ingresaba al Centro de Internación

Reinserción Social: al egreso de la Comunidad Terapéutica, comenzaba una última etapa en la cual progresivamente la persona regresaba a convivir con su familia y a integrarse a sus actividades cotidianas.

Con el transcurso del tiempo y el cambio de autoridades municipales, el funcionamiento de la institución fue sufriendo sucesivas modificaciones. Ya en el año 1998 se produce el cambio mas profundo, y pasa a denominarse Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA) . Hay una modificación en la orientación del trabajo, la cual es expresada de la siguiente manera por el entonces Jefe de División: "...un cambio de perspectiva que gira del estar "A la espera de..." a ir "En la búsqueda de...", "Al servicio de...". De "Afirmar que es lo que necesita el otro..." a "Escuchar al otro para que nos diga que es lo que necesita..."

Esta modificación esta sustentada en un cambio conceptual con relación al tratamientote las adicciones, dejando atrás un "programa educativo, coercitivo y moral, y asumiendo una perspectiva de servicio clínico especializado". Se busca entonces, singularizar los tratamientos con el fin de romper con la estigmatización que imposibilita hallar la estrategia clínica apropiada a cada caso específico.

A partir de este momento se proponen como finalidad del SEMDA:

- .Atender la mayor cantidad posible de demanda, sin descuidar los aspectos cualitativos del servicio en cualquiera de los niveles de atención que ofrece como tal (prevención, tratamiento, reinserción social, etc.)

- Que todas las estrategias que a partir de esta forma de trabajo se generen se encuentren encuadradas y sostenidas por un hacer metodológico, científico e interdisciplinario suficientemente plástico y abarativo como para poder esclarecer y soportar la multiplicidad de variables que se ponen en juego en este fenónemo.

- Lograr que las acciones del SEMDA se adapten a la realidad particular del municipio de Gral. Pueyrredón.

Durante el año 2002, por decisión de las autoridades municipales, se produce el cierre del Centro de Internación, concentrándose todos los recursos y el personal en la sede de funcionamiento del Centro de Día. También en este tiempo se han producido sucesivos cambios de coordinación, quedando a partir de marzo del 2005 sin la figura del coordinador, generando que el servicio se encuentre con reacomodamientos en su funcionamiento hasta la actualidad.

En relación al Centro de Internación, fue transferido al Centro Preventivo Asistencial (CPA) dependiente de la Provincia de Buenos Aires, acordándose garantizar un determinado cupo de internación para derivaciones del SEMDA.

MISION:

El SEMDA en concordancia con el Programa de Salud Mental vigente, tiene como misión planificar e implementar acciones dentro del marco de la Atención Primaria de Salud, que permitan brindar a la comunidad del Partido de Gral. Pueyrredón una respuesta a la problemática del uso indebido de sustancias psicoactivas.

Se define a la Atención Primaria como la asistencia de necesidades básicas de la salud de la comunidad con acciones programadas de baja complejidad y énfasis en la prevención y promoción de la salud, constituye la puerta de entrada al sistema de salud formal con cuyos niveles de complejidad creciente se articula en forma escalonada y referenciada.

FUNCION:

En sus tres niveles de atención:

- Prevención:

.Trabajar en red con las zonas más afectadas, principalmente con la demanda que reciben de instituciones educativas.

.Asistir a clubes, parroquias, salas, comedores, otros actores sociales.

.Intervenciones tempranas en relación a factores de riesgo (fractura de la familia, violencia, maltrato, etc.)

❖ Tratamiento:

.Incorporación al CAD, o atención por consultorio externo.

.Atención individualizada, respetando necesidades

.Implementación de diferentes dispositivos de contención para el paciente y su familia.

❖ Reinserción Social:

.Seguimiento de los casos

.Capacitación, apoyo escolar

.Articulación con la red social y familiar.

OBJETIVOS:

- Generar y mantener en constante revisión critica, metodologías de la acción institucional orientadas a crear y afianzar al conjunto de condiciones que se estimen necesarias para la concreción de los propósitos que definen sus funciones específicas.
- Diseñar e implementar, estrategias de prevención y asistencia técnico profesional para el abordaje de las llamadas adicciones, como así también otras patologías del acto, contemplando toda presentación que evidencie una estructura mórbida preexsistente.

- Generar acciones que faciliten la articulación de recursos estatales y privados favoreciendo la construcción de una red de atención intersectorial con el objetivo de promover en abordaje eficiente y eficaz.

- Lograr una alta contribución al mejoramiento de la prevención y asistencia de las llamadas adicciones, especialmente en el ámbito regional en donde esta operando.

- Ofrecer un servicio que satisfaga necesidades emergentes de las necesidades sociales, científicas, económicas, y culturales de la región y de los proyectos y políticas de salud que se promueven.

- Alcanzar efectividad en la organización, y funcionamiento de un sistema integral e integrado de información de auto evaluación institucional, que posibilite anticiparse a nuevas situaciones, profundizar determinadas líneas de acción y reorientar lo que fuere necesario.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN:

MATRIZ INSTITUCIONAL:

Dentro de la institución se cuenta con diferentes dispositivos:

- Consultorios externos: son derivados los usuarios cuyos recursos subjetivos le posibilitan sostener y cumplir con los espacios asistenciales y en quienes el consumo de sustancias psicoactivas no ha obstaculizado las actividades

- Centro de día: el cual funciona a partir de las 8 hs., concurren allí los pacientes que se les indica este dispositivo y asisten a la escuela turno tarde, o mantienen otra ocupación que se evalúa que siga desarrollándola. O los pacientes sin ocupación que permanecen además hasta las 17 hs. Aquí los pacientes desayunan, almuerzan, realizan la limpieza del lugar, cocinan y asisten a diferentes talleres. Para realizar la tarea son organizados por equipos de trabajo (el que cocina, el que maneja el stock de mercadería, el que levanta la mesa, etc.)

El hecho que tengan que efectuar estas tareas, esta sustentado en el encuadre terapéutico donde lo que se intenta es que la persona comience a asumir responsabilidades, pueda trabajar en equipo y coordine acciones dejando de actuar impulsivamente.

❖ Centro de tarde: funciona con las mismas características que el anterior, pero para pacientes que concurren a la escuela por la mañana, o mantienen alguna actividad que es conveniente que no la suspendan por la mañana (actualmente no esta funcionando por falta de personal con modulo horario de tarde y por falta de pacientes que lo demanden)

❖ Grupo de circulación discursiva: funciona dos veces por semana y es coordinado por una psicóloga. El objetivo es que los pacientes puedan verbalizar lo que les sucede, molesta y moviliza, generando material para trabajar en sus espacios individuales, y a su vez logrando la capacidad de poder escuchar a sus compañeros y compartir lo que les sucede, lo cual les demanda un trabajo sobre la ansiedad e impulsividad al actuar.

❖ Taller de terapia ocupacional: se evalúa y se trabaja la situación de cada paciente a partir de su producción mediante el trabajo con diversos materiales. Se busca que la persona pueda subjetivar aquello que le sucede mediante su producción. Se busca pasar del acto puro, incontrolable, irreflexivo, destructivo, repetitivo, estereotipado a un tipo de hacer consciente, planificado, constructivo, creativo en el cual se sienta protagonista y reconozca sus capacidades y limitaciones sintiéndose parte de un grupo de pertenencia.

Se trabaja a nivel individual y grupal. Es coordinado por un Terapista Ocupacional

❖ Talleres: se llevan a cabo diversos talleres coordinados por los Acompañantes Terapéuticos, o profesionales, los cuales varían según intereses de los pacientes, objetivos terapéuticos o materiales disponibles para realizarlos.

En este momento se llevan a cabo: taller de música, taller de arte, taller de planificación de actividades y taller deportivo.

- Equipo de familia: trabaja con el grupo familiar de los pacientes que se encuentran en tratamiento. Concurren principalmente los padres pero también los familiares que conviven o colaboran. Se busca que los padres hablen de su historia personal en vinculación con lo que le sucede a su hijo, pero los espacios no están destinados a que los padres resuelvan sus conflictos sino aquellos vinculados con la situación de su hijo, se busca construir la historia evolutiva del paciente, por ello en oportunidades se los orienta a concurrir a un espacio de psicoterapia individual. Es coordinado por un Psicólogo.

- Grupo de familia: principalmente para padres o familiares a cargo del paciente, funciona como un espacio terapéutico coordinado por un Psicólogo.

- Reunión informativa: se realiza con los familiares, esta coordinada por la Trabajadora Social y un Acompañante Terapéutico, en la cual el objetivo es poner al tanto a los padres de comunicaciones que surgen del tratamiento de sus hijos, coordinar aspectos operativos relacionados con el mismo (permisos, por ej.) y poder hablar de la cotidianeidad de los pacientes en su casa, como se manejan los padres en diferentes situaciones, y dar respuesta a las inquietudes que surgen de los mismos.

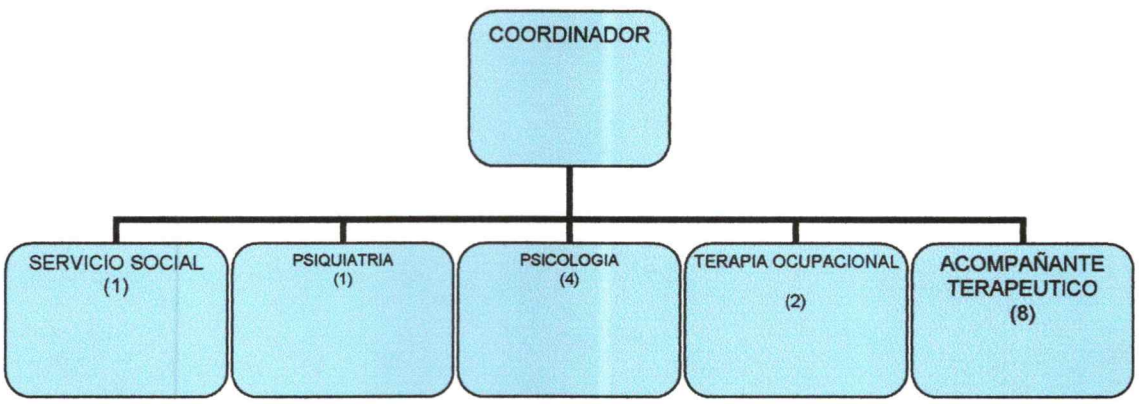
ORGANIGRAMA:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

JEFA DE DEPARTAMENTO

SEMDA

JEFE DE DIVISIÓN



El Departamento de Salud Mental se encuentra dentro de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

La atención de la salud mental, en el nivel primario de atención de la salud se encuentra organizada a partir de 16 efectores (centros, Subcentros de salud y Unidades Sanitarias) y el SEMDA.

El SEMDA depende directamente de la Jefatura de Departamento, aunque en su organigrama figura un coordinador y un jefe de división. La institución cuenta con los

siguientes profesionales: 1 Licenciado en Servicio Social, 1 Psiquiatra, 4 Psicólogos, 2 Terapistas Ocupacionales.

Además la institución cuenta con 8 acompañantes terapéuticos y 2 personas del plan jefes, una trabajando como acompañante y otra como personal de limpieza (actualmente no esta concurriendo)

En el puesto administrativo presta colaboración uno de los administrativos del centro de atención de Salud Mental de Jara que se encuentra ubicado en el edificio de adelante.

RECURSOS MATERIALES:

El edificio destinado al SEMDA, esta ubicado en el mismo terreno que el edificio donde funciona la jefatura y los consultorios externos para la atención de adultos de la zona centro del Departamento de Salud Mental, el edificio del frente corresponde a Salud Mental y el que esta al fondo corresponde al SEMDA.

Esta distribuido en dos plantas:

Planta baja:

. 1 oficina de reunión de equipo interdisciplinario

. 1salón de usos múltiples de 45m2 (se utiliza como comedor para talleres y grupos)

1 cocina de 36m2 totalmente equipada

.1 baño con instalaciones para discapacitados

. 1 patio trasero.

. 1 jardín ubicado entre los dos edificios que se utiliza como huerta.

Planta alta:

. 3 consultorios de tratamiento individual y familiar

. 1 salón de usos múltiples y talleres de 50m2

. 2 baños con ducha

LA DEMANDA:

POTENCIAL:

Grupo de consumidores (marihuana o tolueno) menores de 19 años que se han detectado por la zona (barrio / salas de asistencia / escuela) y no llegan a la institución. Atención de otras adicciones, tales como alcohol y trastornos de alimentación.

REAL:

Pacientes desde 12 años hasta adultos, que consumen sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas) y concurren al centro de día o consultorio externo, acompañados por familiares, o amigos

PREVALENTE:

Menores entre 14 y 19 años que consumen marihuana y tolueno, con padres que descuidan la atención de los mismos, problemática familiar, social y económica, y concurren al centro de día.

Cuando una determinada necesidad se transforma en un conflicto que el sujeto no puede solucionar, aparece la Demanda de atención. En este caso los individuos perciben claramente un fenómeno que altera negativamente su salud, que lo lleva a demandar un servicio de salud específico y genera desde los profesionales una intervención. En

adicciones en particular esta demanda a veces no se realiza o aparece cuando la situación se agrava, por la tradicional resistencia a la consulta por estar asociada a la estigmatización. En este sentido la inclusión de profesionales del área, en planes de Control en Salud facilita el acercamiento permitiendo la intervención más temprana.

Cuando la identificación del fenómeno que altera negativamente la salud, más allá de que el individuo tenga o no, percepción del mismo, se produce del lado de los Expertos, estaría frente a Necesidades de salud definidas por expertos, que serían aquellas que permiten programar acciones de promoción y prevención de la salud.

Existe conocimiento de la demanda potencial que puede acceder al servicio, se esta planteando en conjunto con la jefa de departamento la posibilidad de comenzar a hacer algún tipo de trabajo comunitario para tal efecto, basándose en la demanda prevalerte del servicio.

Los distintos tipos de respuestas que se proponen, van de acuerdo a la demanda real que se presenta, y son de orientación, ingreso o derivación.

EL SERVICIO SOCIAL DEL SEMDA

EL servicio se encuentra a cargo de la Licenciada Mercedes Chaubel, egresada de la UNDMDP, con 14 años de antigüedad; como única profesional, la misma también se ocupa del Servicio Social de Salud Mental de la zona centro (que funciona dentro del mismo edificio) , tarea que lleva a adelante por propia iniciativa desde el año 1996.

Con respecto al servicio que presta en Salud Mental, se encontraba también como única profesional en las tres zonas hasta hace dos meses que ingresaron dos Licenciadas en Servicio Social y se dividieron las zona.

El Servicio Social se halla inserto en la institución formando parte del equipo técnico conformado por una psiquiatra, cuatro psicólogos y dos terapistas.

Sus horarios de atención son de lunes a viernes de 8 a 15 hs.

OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL:

El área social se propone los siguientes objetivos como parte del equipo técnico:

OBJETIVO GENERAL: atención social de personas con problemas de uso de drogas

.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluación, facilitación y supervisión de actividades sociales de las personas en tratamiento y su grupo familiar, dentro y fuera de la institución.
- Evaluación social, acompañamiento, orientación y contención.
- Mediatización de recursos comunitarios (personales, profesionales, familiares, institucionales, etc.) que faciliten la posibilidad de respuesta a las necesidades de la persona con problemas de uso de drogas y su grupo familiar.
- Seguimiento
- Estadística e investigación

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN:

PLANTA FISICA:

No posee un espacio físico determinado, utilizando la sala de usos múltiples como su oficina, lugar que cuando se utiliza para algún taller o reunión debe abandonar y utilizar algún consultorio (si lo hubiere disponible) o la oficina de recepción.

Los lugares en que se desarrolla la actividad profesional están muy bien iluminados, y cuentan con escaso y deteriorado mobiliario.

RECURSOS HUMANOS:

Los recursos humanos de este sector están formados por: cuatro psicólogos, una psiquiatra, dos terapistas ocupacionales, y una asistente social, constituyendo todos parte del equipo técnico.

Las reuniones de equipo técnico se realizan todos los miércoles en el horario de 12 a 15 hs., donde se presentan los nuevos casos recibidos durante la semana, se evalúa en conjunto, el tipo de tratamiento que van a recibir, 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, dialógica, permitiendo el intercambio recíproco de las situaciones que abordan, y de enriquecimiento mutuo de acuerdo a la especificidad.

El equipo no posee coordinador, lo que esta generando un replanteo por parte de sus miembros de un proyecto de reestructuración del servicio, sin llegarse aun a un acuerdo.

No hay programas propios del Servicio Social.

RED DE SERVICIOS DEL SISTEMA INSTITUCIONAL:

El Servicio Social durante la gestión de un caso establece distintos vínculos con la red de programas y servicios dentro del ámbito Municipal al cual corresponde. Realiza intercambios con los sectores que se vincula.

-Área Salud: con las distintas unidades sanitarias, centros de salud, y subcentros.

-Área Social: gestión de otro tipo de recursos, lentes, material ortopédico, plan hábitat, conexión con los hogares de admisión e internación, pase de información.

-Área justicia: casos que requieren orientación desde lo legal, con Casa de Justicia.

RELACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES:

-Tribunal de Menores, defensorías.

-Coordinación con Servicios Sociales de escuelas en casos derivados por los mismos.

-Trabajo coordinado con otras instituciones: H.I.G.A, Hospital Materno Infantil, O.N.Gs,

-Otros centros de referencia: Clínicas psiquiátricas, Centro El Faro, Posada del Inti, Centro de la Costa (todos ellos tienen centros de internación para drogodependientes, y algunos trabajan con becas).

SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION:

La sistematización de la información dentro del Servicio Social se efectúa en un cuaderno de entrevistas en un primer momento, para luego ser elaborado y plasmado dentro de la Historia Clínica, en la parte de Servicio Social.

También se realiza en forma quincenal la entrega de planillas de estadísticas, que se presentan al Departamento de Estadística, registrando todas las intervenciones realizadas diariamente con los datos de las personas destinatarias y código de problemática; este registro lo realizan todos los miembros del Departamento de Salud Mental.

METODOLOGIA DE INTERVENCION:

METODOLOGIA REFERENCIAL:

ORIENTACIÓN METODOLÓGICA:

ENFOQUE DEL SERVICIO: el enfoque del Servicio Social del S.E:M.D.A , se ubica dentro de la teoría psicosocial donde se toma el concepto de persona en situación y el de clasificación del tratamiento del trabajo casuística. Integra la dialéctica hombre-medio, esta interacción es básica para el desarrollo de una identidad personal

ENFOQUE TEÓRICO METODOLÓGICO: se corresponde al modelo de intervención en cuya base está la concepción del rol del trabajador social como agente de cambio. A partir de su concepción de la dinámica social y psicológica en la que se halla el asistido, el trabajador social debe determinar los objetivos precisos del cambio que se quiere alcanzar y los medios para lograrlo.

EXPLICITACIÓN DE LA FINALIDAD, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN:

Brindar un espacio de contención, y atención a los adolescentes y su grupo familiar con el fin que los menores puedan lograr normatizarse en sus conductas adictivas y su familia pueda absorber la atención integral de los mismos.

La inclusión a la institución esta determinada por la evaluación elaborada y emanada del equipo técnico. La dificultad que el solicitante presenta y desea resolver debe estar en concordancia con la misión y finalidad de la institución. De esta manera ingresará al Centro de día si no tiene grupo familiar continente o se hará solo atención por consultorio externo si tuviere grupo continente.

Se realizará la derivación cuando los servicios ofrecidos por la institución ya no son los requeridos por el asistido, tal es el caso de menores que no pueden sostener el tratamiento ni ellos ni su familia y se decide una internación.

El proceso de intervención tiene un punto de partida "el pedido, la solicitud de ingreso" y un punto de llegada "el cierre o clausura" de aquel momento inicial, mediado por un proceso relacional donde se desenvuelven distintas estrategias profesionales de intervención, procedimientos que hacen al hacer profesional.

PROCESO METODOLÓGICO:

En la modalidad de atención del servicio se ubican las siguientes fases del método de intervención:

SOLICITUD: es el punto de partida, el encuentro con el paciente, que puede ser directa (por él o algún amigo o familiar), por otro profesional de la institución, por otro servicio de la organización administrativa Municipal, o formulada por otras instituciones de la comunidad.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN: iniciado el primer contacto con el trabajador social y el paciente es formulado el problema, y explicitando los motivos precipitantes de la demanda, el trabajador social, se aboca por medio de la entrevista indagar la situación global del paciente (social, económica ,cultural y habitacional), teniendo como ejes de su hacer profesional el pedido singular presentado al servicio y la posibilidad de prestación de atención de la institución que esta representando.

DIAGNÓSTICO: a partir de los datos recogidos en el análisis de situación, el trabajador social elabora una síntesis e interpretación de los datos surgidos del establecimiento de relaciones de los diferentes elementos constitutivos de la situación planteada, interrelacionando los factores intervinientes, logrando una mayor comprensión de la situación primera, y mas integral.

Como resultado del diagnóstico elaborado se decide la intervención, en correlación con la misión y posibilidad institucional de dar respuesta al pedido.

PLAN DE ACCIÓN: este resulta de la evaluación previa y operativa anterior, permite fijar y definir objetivos a los cuales abocarse, considerando la singularidad del caso.

SEGUIMIENTO: el seguimiento de casos se inicia una vez elaborado el plan de acción y su puesta en práctica presenta intervenciones de carácter directas y/o indirectas según el caso.

El instrumento utilizado es esencialmente la entrevista, institucional o domiciliaria y su correspondiente informe.

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS: la evaluación se va efectuando a través del seguimiento de caso, evaluando esencialmente en el momento de la entrevista, con los familiares, y con los pacientes en el Centro de día, permitiendo trazar ajustes en el plan de acción trazado.

FINALIZACIÓN DE LA ACCIÓN: la finalización o cierre de la intervención puede darse por distintas razones, ellas pueden ser:

. Egreso institucional por derivación a un centro de internación

. Incumplimiento de las obligaciones de los pacientes o familia, pese al seguimiento del caso.

. Ausentismo injustificado.

. Finalización del período de permanencia pactado en el momento del ingreso (entre 6 y 9 meses).

MODALIDAD OPERATIVA: FORMA DE ACCESO A LOS CASOS SOCIALES.

El área social interviene en las situaciones a partir de interconsulta de algún miembro del equipo, por evaluación de la propia profesional cuando se aborda la situación del tratamiento de cada paciente en la reunión de equipo que se realiza a tal efecto, o por demanda del paciente o familiar del mismo

Tiene a cargo la coordinación de la reunión informativa para padres.

Interviene en las situaciones familiares que lo requieren. Las intervenciones están orientadas principalmente al aspecto psicosocial, a lo vincular del grupo familiar, a retomar ciertas actividades cuando el tratamiento no requiere centro de día.

Acompañamiento en esta instancia.

Realiza evaluación de las personas (amigos, parejas, familiares, etc) que los pacientes proponen como acompañantes para la realización de actividades que hasta el momento no tenían permitidas.

Asesora e informa al resto del equipo en relación a la gestión de recursos, situación del grupo familiar del paciente, posibles actividades a las cuales orientar al paciente, etc.

Realiza la gestión de becas para la realización de actividades deportivas.

El nivel de abordaje en el cual interviene es individual-familiar.

El origen de la demanda puede ser:

. Demanda espontánea: puede ser por conocimiento que la población tiene acerca del S.E.M.D.A o por referencia de quienes han mantenido contacto con la institución.

. Demanda derivada de otra institución Municipal

. Demanda de otra institución de la comunidad: escuelas tribunales, etc.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN EL SERVICIO.

1. Observación documental (legajos , fichas, registro diario)
2. Observación general institucional.
3. Observación general de los pacientes, cotidianeidad.
4. Entrevistas domiciliarias.
5. Entrevistas en sede.
6. Registro de intervención. Informes.
7. Charlas informales con pacientes y personal de la institución
8. Reuniones de equipo técnico.

ABORDAJE INSTITUCIONAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO:

Las disciplinas que intervienen son: Servicio Social, Psicología, Psiquiatría y Terapia Ocupacional.

Su objetivo: disminuir el riesgo de aparición de conductas o comportamientos vinculados al uso indebido de sustancias psicoactivas.

Su finalidad: normatización del menor a través de la incorporación a la institución.

Cómo: implementando un tratamiento que consta de las siguientes etapas: preadmisión, admisión, tratamiento.

PROCESO DE ATENCIÓN:

PRE-ADMISIÓN.

Primer contacto con el Servicio, para brindar un primer espacio de escucha, que permita establecer pertinencia y posibilidad de responder a la demanda, y evitar el deambular de un servicio a otro.

Aquí se registra el motivo de consulta, evaluando riesgo-urgencia y se prevé la derivación a Guardias del HIEMI - HIGA, Defensorías, Tribunales, cuando la gravedad y urgencia del caso implique que la atención necesaria no pueda brindarse por turnos programados, o requieran de un grado de complejidad de intervenciones que no pueda cubrirse en el marco de la ATP.

Las situaciones de Urgencia o Riesgo deben atenderse indefectiblemente, aún a costa de la suspensión de turnos programados si esto fuera necesario, evaluando el caso en cuanto a las posibilidades de atención programada desde Salud Mental o gestionando su derivación a otras instituciones de mayor complejidad.

ADMISION.

En el grupo de admisión, se evalúa entre otros indicadores, la posibilidad que tiene la persona de ser agrupada en una instancia de tratamiento, mediante aspectos conductuales desarrollados en la tarea.

El proceso de admisión puede durar entre dos y tres semanas aproximadamente, según cada situación particular

El material que se produce con cada paciente durante este proceso, se presenta y discute con todo el equipo técnico profesional en una reunión destinada semanalmente a tal efecto. Allí se evalúa y decide si el paciente ingresa a tratamiento o es pertinente derivarlo a otra institución, u orientarlo en relación a la asistencia a un espacio individual con un profesional de psicología

Una vez que se decide el ingreso, se firma un contrato de tratamiento, en el cual figuran las pautas, obligaciones y derechos de la persona, y posibles sanciones de no cumplirse el mismo..

TRATAMIENTO.

Al momento de decidir que la persona ingresa a tratamiento, se esta generando la necesidad de diseñar o planificar que tipo de tratamiento es el mas adecuado para ella. Tanto esta decisión como el diseño del plan se llevan a cabo en la reunión de equipo.

En la planificación del tratamiento, se tienen en cuenta las particularidades de cada situación, las necesidades de cada persona que demanda tratamiento. Cuando se decide que un paciente ingresa a tratamiento puede ser que se le indique el ingreso al Centro de día, que la indicación sea la concurrencia a diversos dispositivos como un taller, entrevista con Servicio Social, y con Psicología, o concurrencia a terapia ocupacional y mantener un espacio terapia individual fuera del SEMDA, y así con cada paciente puede ser una indicación diferente. La idea de que cada paciente tiene un tratamiento particular indicado es central, pues valoriza la dimensión única de esa persona, tanto como es única la vivencia de su problemática, sin por ello dejar de entender y reconocer los aspectos comunes a la misma

El espacio de terapia individual se da mayoritariamente fuera de la institución, salvo en excepciones en los cuales se realiza con un profesional del equipo o se realiza un acompañamiento

En relación al egreso de los pacientes, esto no se produce de una manera abrupta, sino que la persona continúa concurriendo a espacios puntuales donde puede ir trabajando la posibilidad de retomar ciertas actividades, insertarse laboralmente, es decir, comenzar a lograr cierta independencia. También se acompaña en el sostenimiento de actividades comenzadas cuando concurrían a la institución, como por ejemplo el sostenimiento de becas para realiza4r actividades deportivas. También sucede que los pacientes deciden interrumpir el tratamiento por propia voluntad, o plantean la necesidad de comenzar a disminuir la frecuencia de concurrencia a los dispositivos.

Esto se va trabajando en particular con cada paciente, sin contar el servicio en este momento con una estructura particular para esta etapa del tratamiento por un tiempo determinado hasta su inserción en un espacio fuera del servicio. Esta modalidad esta fundamentada en la necesidad de correr a la persona de su posición de adicto, y quedar encasillado en la institución una vez que solo requiera un espacio individual de psicología. Es por ello que se intenta que estos espacios se concreten en los Centros de Salud o Unidades Sanitarias que le correspondan al paciente por domicilio, o que lo afronte de manera particular o por su cobertura social si la tuviera.

PREVENCIÓN:

El SEMDA cuenta con un equipo destinado al trabajo en relación a la prevención de las adicciones. El mismo esta conformado por una terapista ocupacional y tres acompañantes terapéuticos.

El equipo trabaja por demanda, la cual reciben principalmente de instituciones educativas. Para ello no tienen estructurado ningún tipo de técnica, sino que se diseña la actividad para cada institución que lo demande

Trabajan para favorecer el mejoramiento de la calidad de vida en la población, partiendo de su propio protagonismo, sin pretender decir lo que se debe hacer, sino facilitar espacios para que la comunidad pueda decir y analizar desde si misma, cuales son sus inquietudes, proyectar y concretar sus propias acciones preventivas.

Ubicando la prevención como un producto social, donde no se piensa en una población "objeto de prevención", sino un "sujeto de prevención" transformando a toda la comunidad en un "actor social"

Dentro de esta dialéctica la prevención no tiene que ver con "ese objeto" (droga) de la práctica del sujeto sino que tiene que ver con lo que oculta esa representación, el hueco social en el que la droga se instala señalando con su presencia otras carencias, siendo conductores sociales que permitan a los sectores de la comunidad ser conscientes del entrecruzamiento de factores que ubican a la droga como punto de superposición y falsa resolución de problemas.

Como objetivos del área se proponen:

- Supervisión y capacitación a los equipos solicitantes para el desarrollo de actividades preventivas que se sostengan en el tiempo, en forma autónoma y autogestiva.
- Capacitación permanente del equipo
- Formación de un banco de datos de los casos trabajados e investigación de base relacionados
- Trabajo en red de las zonas mas afectadas. Asistencia a clubes, parroquias, sociedades de fomento, comedores barriales, salas, otros actores sociales (entidades laborales)
- Producción y administración de insumos relevantes
- Recomendación , a las autoridades locales y zonales respecto del tema en políticas de prevención, promoción, educación y trabajo
- Articulación de las políticas de servicio con las políticas de los organismos de ciudad y la región-

RECURSOS HUMANOS:

A continuación se describen las actividades según el área que las realiza. Esta descripción por área debe plantearse como el aporte de cada disciplina a la elaboración de un diagnóstico e implementación de un tratamiento integrado y singular acorde a cada paciente.

La presentación se organizo en dos sectores: Profesionales y Acompañantes Terapéuticos.

Ambos integran el equipo asistencial en forma interdisciplinaria como concepción de trabajo en Salud Mental.

SERVICIO SOCIAL: (1 LIC. EN SCIO. SOCIAL)

. Evaluación social del paciente y su grupo familiar

. Entrevistas individuales, grupales y familiares en sede o domicilio

. Coordinación de reuniones informativas.

. Mediatización de recursos institucionales y comunitarios.

. Gestiones ante organismos públicos o privados (laborales, educativos, sanitarios, legales, judiciales, asistenciales, culturales, deportivos, recreativos.)

. Derivación de pacientes a otros servicios.

. Participación en reuniones de equipo semanales.

. Interconsulta con otros profesionales.

. Participación en la toma de decisión en relación al tratamiento de los pacientes, en reunión de equipo.

.Evaluación de las personas (amigos, parejas, familiares) que los pacientes proponen como acompañantes para la realización de actividades que hasta el momento no tenían permitidas.

. Planificación de estrategias de intervención comunitaria conjuntamente con el resto del equipo técnico.

PSICOLOGIA: (4 PSICOLOGOS)

Admisión y evaluación

. Grupos terapéuticos

. Entrevistas familiares, en caso de necesidad derivar a familiares a psicoterapia.

. Orientación de los Asistentes terapéuticos.

. Psicoterapia individual de los pacientes.

. Participación en las reuniones de equipo semanales.

. Realización de informes judiciales.

. Diagnostico del trastorno psicopatológico actual así como de la personalidad del paciente.

. Planificación de estrategias comunitarias con el resto del Equipo Técnico.

PSIQUIATRÍA: (1 PSIQUIATRA)

. Realizar entrevistas al ingreso, admisión y durante el tratamiento.

. Diagnóstico del Trastorno Psicopatológico y de la personalidad.

. Evaluar riesgo para si o para terceros.

. Establecer indicaciones, conveniencia o no del uso de psicofármacos, evaluar la necesidad de internación.

. Solicitar interconsultas.

. Elaborar informes judiciales, resúmenes de HC para derivación.

. Participación en actividades preventivas.

. Participación en reuniones de equipo.

TERAPIA OCUPACIONAL: (2 TERAPISTAS OCUPACIONALES)

. Evaluación y diagnóstico dinámico funcional del paciente.

. Planificación, ejecución y evaluación de los tratamientos tendientes a mantener, desarrollar y reestablecer las funciones psicofísicas.

. Asesoramiento, coordinación y/o supervisión de aquellos integrantes del equipo que utilicen actividades como forma de abordaje (talleres).

Actualmente no existe la figura de coordinador de los talleres, cada taller funciona por su cuenta, razón por la cual se han encontrado desacuerdos en los mismos.

. Participación en las reuniones de equipo semanales.

ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS: (8 A.T.)

. Son responsables del aspecto conductual de la asistencia. Permanecen junto a los pacientes en todo momento en que los mismos se encuentran en el CAD.

. Recepción del paciente y su responsable.

. Supervisión y registro diario de la asistencia.

. Revisación en el ingreso al CAD a fin de garantizar el ingreso de drogas o dinero .

. Información y notificación a los pacientes sobre los reglamentos internos.

. Acompañamiento en preparación de desayuno y almuerzo de los pacientes.

. Organización de las actividades del día.

. Organización y acompañamiento en las actividades de tiempo libre (extra muro)

. Intervenciones de acuerdo con el equipo técnico.

. Acompañamiento para actividades con diversos objetivos fuera de la institución (laborales, legales, salud, otras)

. Registro en el libro de guardia de las novedades relevantes.

. Concurrencia a la reunión de equipo.

. Administración de medicación.

. Realización de tareas preventivas.

LA COORDINACION: (JEFA DE DEPARTAMENTO A CARGO)

Las funciones de la coordinación de áreas, se realizaron desde la creación del servicio y son comunes a todas las áreas, se hallan contempladas en el Estatuto municipal. Sus funciones están definidas de la siguiente manera:

Objetivo General: organizar y administrar las actividades. Planificar, dirigir y controlar las actividades.

Objetivos específicos:

.Operacionar los objetivos del departamento, funcionando como nexo o articulador entre la jefatura y los profesionales.

.Facilitar la intercomunicación.

.Aunar criterios de acuerdo a objetivos, necesidades, funciones y recursos, para la toma de desiciones operativo-técnica.

.Realizar el control de gestión: supervisión de procesos, orientación, coordinación de tareas, control de resultados y procedimientos.

.Articular tareas con otras instancias municipales y extramunicipales: evaluar, consensuar y viabilizar técnicamente

TAREAS:

.Reunión de jefatura con coordinadores de áreas.

.Reunión de coordinadores (inter-áreas, interdisciplinaria)

.Realización de tareas administrativas en relación a la ejecución de los objetivos planteados.

.Asesoramiento a profesionales que ingresan

.Intervención en concursos y nombramientos de profesionales ingresantes, en articulación con la "Asociación de Profesionales"

.Cumplimiento de tareas asistenciales, dedicando un porcentaje de su jornada laboral a las tareas de coordinación.

METODOLOGIA DE INTERVENCION:

El consumo o uso indebido de sustancias tóxicas es desde su admisión en la institución una puerta de ingreso a la intervención profesional, a partir de detectado el problema se inicia un proceso de obtención de la causal, se realiza empleando una modalidad operativa con la utilización de técnicas y procedimientos desplegados por el trabajador social, consistiendo esencialmente en el trabajo interdisciplinario, entrevista, y lectura de HC. A partir de aquí se abre un abanico de hipótesis sobre la problemática y se plantea un plan de acción pertinente a la situación concreta.

ESTUDIO DE CASOS:

La institución aprobó la presencia y participación en: todas las entrevistas en las que solo intervenía el Servicio Social, solo algunas de las que participaban además otros profesionales (por la presencia intimidatoria de muchas personas en determinados casos), todas las reuniones de Equipo Técnico y Reuniones Informativas del Servicio Social, y visitas domiciliarias.

La cantidad de demanda atendida por la alumna fue registrada en algunos casos directamente en la historia clínica del paciente, en otros casos presentada a la supervisora con una crónica y en todos los casos registrada en el cuaderno de campo personal.

PRIMER CASO SOCIAL:

SERVICIO SOCIAL: SEMDA

FECHA: 25/6/07

APELLIDO Y NOMBRE: Marcos N.

HCL Nº: XXX

MOTIVO DE CONSULTA: adolescente con consumo de marihuana

MOTIVO DE INTERVENCION: Interconsulta del Servicio de Salud Mental Jara por inicio de consumo y gestión de beca.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS Neurosis obsesiva, inhibición social.

. Colesterol alto, sobrepeso.

. Emiparesia, mano izquierda.

. Neumonías reiteradas.

.Uso ocasional de marihuana

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS: paciente de 19 años. Vive solo con su madre en casa propia. No trabaja. Soporte económico: pensión mínima de su progenitora, quien posee problemas de salud (reuma) que le dificultan la movilidad .Padre golpeador, fallecido. Hermano casado, escaso contacto familiar, solo colabora económicamente en el pago de impuestos. Infancia impregnada de acontecimientos que contribuyen para su trastorno (violencia psíquica y física de progenitores, experiencia sexual temprana homosexual).

PROCEDIMIENTOS: . Entrevista en domicilio con paciente.

. Entrevistas en sede con paciente.

. Entrevistas en domicilio con su madre.

. Contacto con Psicólogo y Terapista del paciente en el SEMDA.

El primer contacto se realiza por entrevista domiciliaria, con el objetivo de hacer un relevamiento socio-ambiental, para gestionarle una beca de concurrencia a pileta, como actividad recomendada en su terapia. Habitan vivienda modesta que presenta filtraciones de humedad, goteras y escasa iluminación.

Se intenta contacto con el hermano pero no se puede concretar, por sus excesivas ocupaciones y falta de interés.

Refiere que:

Es segundo hijo de padres primos hermanos, y que estos lo criaron como "discapacitado", (según cuenta leyenda popular)

Su hermano los ayuda con el pago de gravámenes. Él y su madre han estado tramitando eximición del impuesto municipal sin haber tenido respuesta. Se siente culpable por el dinero que les da su hermano, le gustaría poder ir al cine y salir pero no tiene recursos económicos, se ha propuesto muchas veces levantarse y "ser otro Marcos", nunca pudo cumplirlo y se siente frustrado, ha comenzado a consumir ocasionalmente cigarrillos de marihuana que le provee un compañero de capacitación laboral, refiriendo que lo hacen sentir mas seguro y le dan el valor que le falta para encontrar pareja y enfrentar las responsabilidades (trabajo)

Esta realizando una capacitación laboral en encuadernación por intermedio de la Terapista, y actividades manuales (macramé) con los acompañantes terapéuticos. Debe dos

materias de la secundaria, no puede prepararlas solo, ni pagar profesores. Se siente con mucho miedo a manejarse solo y a entablar relaciones de amistad. Tiene miedo a no saber como actuar frente a una mujer. Nunca tuvo una pareja ni relaciones con una mujer, y lo prioriza como necesidad. No sabe utilizar un preservativo (no los conoce).

Cuando ha tenido trabajos esporádicos, lo han burlado y ha tenido que renunciar.

Su madre lo hace callar y lo reta como si fuera pequeño.

Relata que es muy apegado a su madre, y le preocupa mucho la salud de ella: "...que va a pasar conmigo cuando ella me falte..."

EVALUACION PRELIMINAR: Paciente con conciencia de enfermedad. Incapacidad de enfrentar sus problemas e inserciones laborales frustradas. Mantiene con su madre un vínculo de dependencia que le impide autonomía..

Red social y familiar restringida solo a "su madre", ya que no cuenta con su hermano más que para lo económico y no posee amigos.

Soporte económico insuficiente para satisfacer necesidades básicas.

Imposibilidad familiar de desenvolverse en gestiones de trámites.

Falta de conocimientos en el tema sexual.

Situación habitacional que no reúne las condiciones para su salud física y mental,

.falta de iluminación y humedad en los ambientes, por escasos recursos económicos.

Inicio a consumo de marihuana, por el momento solo con uso casual, recurriendo a ella para desafiar sus miedos e inseguridades.

PLAN DE ACCION:

. Soporte emocional y resolución de conflictos desencadenantes.

. Clarificaciones y apoyo con respecto a su vínculo materno.

. Búsqueda de contacto telefónico y personal con el hermano para ampliar su espacio reticular.

. Acompañamiento y apoyo en resolución de trámites de subsidios en Municipalidad y Anses.a su madre. . Gestión de medidor social en EDEA y de Plan Habitat.

. Gestión de beca para pileta en EMDER

. Decisión conjunta con la Terapista de orientación laboral, que no le produzca frustraciones en grupo, hasta tanto la psicoterapia no lo fortalezca.

. Derivación con un acompañante terapéutico, con el que ha logrado mejor vínculo para orientaciones sobre uso de profilácticos.

. Orientación y acompañamiento por AT a lugares recreativos..

. Orientación sobre preparación de materias en Sociedad de Fomento para terminar la secundaria.

. Ingreso al SEMDA por consultorio externo hasta ver grado de evolución en su consumo.

SEGUNDO CASO SOCIAL:

SERVICIO SOCIAL: SEMDA

FECHA: 20/6/07

APELLIDO Y NOMBRE: Cristian F.

HCL Nº: XXX

MOTIVO DE CONSULTA: adolescente con consumo de drogas

MOTIVO DE INTERVENCION: Derivación escuela 59 por consumo de drogas

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Cardiopatía congénita

.

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS: paciente de 14 años que cursa 8º EGB. Consumo de marihuana y tolueno en el colegio y en el barrio. Ha sido detenido dos veces por hurtos menores.

Padres separados hace cinco años, convive con su madre y hermano de 12 años, en lo de su abuela materna. La vivienda es precaria, se encuentra sin terminar y algunas dependencias se localizan en parte externa. . El baño de la vivienda se encuentra también externo y no tiene puerta, solo una madera para cubrirlo. El piso es alisado de cemento deteriorado con grandes partes de tierra

Su madre trabaja de 6 a 18 hs. en pesquera con contratación informal y su padre en la construcción en forma independiente. El soporte económico familiar es el trabajo de su madre, la jubilación de la abuela y changas ocasionales del abuelo.

PROCEDIMIENTOS:. Entrevista en sede con los padres (juntos y separadamente).

. Entrevista en sede con abuela materna.

. Entrevista en sede con paciente.

. Observación del paciente en el CAD

. Visitas domiciliarias.

. Contactos con directora y Asistente Social de la escuela.

El primer contacto se realiza con su madre y padre, por entrevistas separadas.

El padre vive en domicilio de sus progenitores, a una cuadra de la casa de su hijo,

Refiere que le pasa una cuota semanal a su familia y mantiene una muy buena relación con su hijo, comenta que su mujer siempre salía, se ausentaba por largos períodos y lo engañaba, siendo este el motivo de separación. El año pasado viajo al sur por razones de trabajo, durante ocho meses y al volver se enteró que Cristian estaba consumiendo y había estado dos veces detenido.

Su madre refiere que muy pocas veces ha recibido ayuda de su ex-marido, solo la abuela paterna los invita a comer y los lleva con ella en algunos momentos. Sí, tiene toda la colaboración de su madre que es con quien viven y la ayuda económicamente y cuidando sus hijos.

Esta muy preocupada por el colegio, ya que lo ve muy desorganizado, faltan mucho los docentes y hay muchos alumnos que consumen. Desde el colegio le piden que Cristian por problemas de conducta concurra al colegio solo dos veces por semana, y el resto de los días le darán módulos para hacer en su casa.

En casa de sus padres, donde están viviendo actualmente, conviven con abuelos, tío y dos sobrinos. Duermen los tres juntos (madre, hermano y Cristian), con una prima de 18 años en una habitación que esta afuera. Se ha realizado el intento de tener entrevista

conjunta con ambos padres, no se ha podido concretar por discordancias horarias y viajes de trabajo del padre.

Cristian es callado en entrevistas y durante la permanencia en el CAD y talleres, lo que mas le gusta hacer es jugar al fútbol, prefiere estar con su madre, no esta muy bien en el colegio, dice "que si se pone las pilas pasa de año", y que solo ha probado un par de porros que le convidaron. Tiene mucho contacto con sus primos y tíos.

La abuela refiere haberlo cuidado siempre, desde que era niño cuando su hija trabajaba y que tienen la idea de arreglar la casa, su hija y familia sigan viviendo con ellos, para que ella pueda trabajar y dejar sus hijos cuidados.

Se ha podido mantener contacto solo con la Directora de la escuela, ya que la Asistente Social es nueva en el colegio y refiere no tener aún conocimiento de los casos. La directora comenta que están haciendo lo que pueden dentro de la situación que están viviendo en el establecimiento, con profesores que faltan mucho y no tienen autoridad con los alumnos, recayendo la responsabilidad sobre ella.

EVALUACION PRELIMINAR:

No cuenta con grupo familiar que lo sostenga emocionalmente ni lo apoye en sus tareas escolares. Sus padres se contradicen en sus declaraciones y no logran tener un acuerdo de pautas para enfrentar el tratamiento.

Tanto su madre como su padre están mucho tiempo ausentes, quedando al cuidado de su abuela, quien no tiene autoridad para ponerle límites.

La escuela a la que concurre solo lo contiene como alumno que asiste desde 1°, pero no posee, la organización educativa y exigencia institucional que necesita Cristian.

El paciente es muy callado, no tiene conciencia de enfermedad, le cuesta mucho comunicarse con sus pares y producir en los talleres, la única actividad con la que experimenta atracción (fútbol) no la puede ejecutar por su cardiopatía, según refieren sus padres.

El padre se evade, de sus compromisos no respondiendo a las consignas de la institución. Ambos padres poseen dependencia con sus progenitores sin resolver su situación de personas adultas con responsabilidades e hijos.

La situación habitacional no cubre necesidades básicas, de higiene e intimidad.

Cristian se encuentra en una etapa de abuso de sustancias, teniendo ya antecedentes con la policía y utilizando distintas drogas con un fin compensatorio..

PLAN DE ACCION:

. Gestión del Plan Habitat.

.Contacto con el colegio, para replantear la concurrencia diaria de Cristian nuevamente.

. Establecimiento de pautas a padres sobre desenvolvimiento frente a su hijo.

. Gestión de turno con cardiólogo, para corroborar actividades posibles.

. Orientación en la redistribución de los lugares que ocupan para dormir.

. Información y orientación sobre otras escuelas que puedan cubrir las necesidades educativas de Cristian.

. Derivación a Psicopedagogía de sala Bo. Libertad.

. Apoyo y acompañamiento social.

TERCER CASO SOCIAL:

SERVICIO SOCIAL: SEMDA

FECHA: 30/6/05

APELLIDO Y NOMBRE: Lorena M.

HCL Nº: XXX

MOTIVO DE INTERVENCIÓN: informe social para solicitud de acción de amparo por medicamentos.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Lorena padece epilepsia, enfermedad que fue detectada hace un año. Durante el transcurso del 2005 ya sufrió varias convulsiones.

ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS: paciente de 16 años que cursa 1ºpolimodal. Padres separados hace 7 años. Vive con su madre y hermano de 19 años, en pequeño local, propiedad de la familia , al lado de casa prefabricada también propiedad de la señora, alquilada por necesidad económica ($170). . Su madre se desempeña como vendedora de 8 a 15 hs., percibiendo una remuneración que no alcanza para satisfacer sus necesidades básicas ($350).

El padre de Lorena no colabora en la actualidad económicamente

PROCEDIMIENTOS:

.Entrevistas con grupo familiar domiciliarias.

.Entrevistas en cede con paciente y madre.

Se concurre varias veces a su domicilio, hasta encontrar la familia en la vivienda.

La señora refiere que:

Ella se queda en casa de su madre a comer para no tener gastos en su hogar mientras espera que regrese su hija del colegio, Lorena sale de la escuela y se reúne con amigos en el barrio, lugar en el que comenzó su consumo de marihuana y alcohol, regresando tarde a su casa ya que sabe que su madre no se encuentra. Su hijo concurre al INTA, trasladándose a dedo, permaneciendo todo el día en Balcarce y en algunas ocasiones quedándose a pasar la noche en dicha ciudad, lo ayuda con sus gastos su abuela y el padre lo hacia hasta irse a España.

El padre consumía drogas y trabajaba muy poco en changas, él se encuentra fuera del país hace varios meses. La abuela materna coopera con mínimos gastos y alimentos.

Lorena al igual que su madre, habla todo el tiempo de su padre ausente. No cuentan con otro tipo de ayuda.

Los medicamentos (Lamirax 100mg x 30 comprimidos) que toma Lorena para su enfermedad (epilepsia) tienen un costo de $72 semanales.

EVALUACION PRELIMINAR:

Lorena no tiene contención familiar. Su madre pasa muchas horas fuera de su casa sin saber con quien ni donde esta su hija.

La vivienda que ocupan es demasiado pequeña no reuniendo condiciones de habitabilidad, sin ventilación ni luminosidad, conviviendo en situación de hacinamiento. Ninguno de los integrantes de la familia tiene deseos de permanecer en su casa donde prácticamente solo concurren para dormir.

La madre de Lorena parece más preocupada por la situación de abandono de su esposo (del que siempre despotrica) que de la contención de su hija, no prestándole atención a sus necesidades.

En relación a los ingresos que percibe la madre, utiliza su sueldo prácticamente para la compra de los mismos, debiendo vivir solo con el dinero del alquiler.

Lorena se encuentra en la etapa de abuso de sustancias, consumiendo con regularidad alcohol y marihuana.

Red social restringida al circuito de adicción.

PLAN DE ACCION:

.Se sugiere, la consideración de la acción de amparo que le garantice al tratamiento farmacológico a Lorena.

.Respecto de la necesidad de vivir en un lugar que cubra sus necesidades espaciales, se trabaja con la familia la posibilidad de que vivan en la casa que tienen

rentada, y alquilar el local en el que viven actualmente, dado que mejoraría su calidad de vida y modificaría su situación de disgregación familiar.

.Clarificación a su madre del rol materno que necesita Lorena .

.Apoyo y acompañamiento social.

SUPERVISION: DEL PROCESO DE APRENDIZAJE

LA EXPERIENCIA PREVIA.

La experiencia previa reside desde lo académico, en el cumplimiento curricular de todas las materias específicas y complementarias, aprobadas en cursadas regulares y obligatorias en distintos esquemas teórico práctico aplicados. Las que más contribuyeron fueron las psicológicas, metodológicas, y distintas prácticas pre-profesionales.

Dentro de los aspectos incorporados, externos a la currícula, se destaca como principal, el trabajo durante 16 años en una guardería Municipal "Casa del Niño El Grillito", a cargo de la sala de dos años, lo cuál permitió a la alumna tener una visión del sistema municipal e institucional mucho mas amplio, ya que fue tomado como cotidiano dentro de su experiencia, con distinta apertura para insertarse dentro de la institución y relaciones de trabajo. Y dos años hasta la actualidad en "Casa del Niño Ricardo Gutiérrez" desempeñando tareas en el Servicio Social junto con una Licenciada a su cargo.

LA INSERCION INSTITUCIONAL:

EL PROCESO: se describe en referencia al modelo de Reynolds:

1. La etapa del temor a lo desconocido en un primer momento debido a una conciencia agudizada de uno mismo, donde se siente que todos observan a la" nueva figura", donde todo parece confuso y extraño no se diferencian roles ni espacios, la técnica utilizada es la observación, se vuelca toda la información observada en el cuaderno de campo, solo se presencia lo que la supervisora realiza y surgen gran cantidad de preguntas.

Se realiza reconocimiento de la infraestructura física, de los procedimientos cotidianos o rutinarios, objetivos y funcionamiento de la institución. Se presencian sin intervenir en las reuniones de equipo y reuniones informativas. Cuesta encontrar el espacio físico donde permanecer, agravado en esta institución porque no existe uno para cada profesional. Existe sobre todo un miedo a invadir el territorio y la actividad de los demás, hasta conocer como se manejan todos sus integrantes y hasta donde son capaces de ceder espacio para ser observados y consultados.

El sentirse acompañado por otros practicantes, en este caso de los correspondientes a psicología, brinda seguridad, al estar en la misma situación inicial.

2. Luego a partir de la observación y permanencia se comienza a comprender como se maneja el sistema institucional, como recibir a un usuario sin acudir a otro profesional para que lo atienda. Y realizar intervenciones mínimas sin consultar.

Se comienza a sentir que es de mucha utilidad la permanencia para el funcionamiento, quizá debido al escaso personal, y a tomar conciencia de las propias actitudes frente a las intervenciones dejando de lado la conciencia de uno mismo.

3. Prontamente se comienza a dominar la situación, a manejarse libremente por ella, a encontrar un espacio donde trabajar, utilizar los consultorios libres para las entrevistas,

, dar los turnos y realizar las entrevistas a solas. Ya no existe el miedo a la invasión, el espacio se considera de todos. Se realizan aportes reuniones y entrevistas,.se inician entrevistas domiciliarias.

4. Ahora lo que antes era realmente nuevo, se siente parte de la actividad diaria, y nace un espíritu de aporte de ideas innovadoras, que se desprenden de la independencia que se ha adquirido, de la mirada objetiva de quien viene de afuera y puede realizar contribuciones que los que están inmersos en la situación por un largo período no llegan a verlo.

5. En esta última etapa se puede ver claramente el aprender a enseñar, el ejemplo se ve con los practicantes nuevos de psicología que van ingresando, la alumna ya se siente capacitada para guiar y dar explicaciones sobre todo el movimiento institucional, si bien no pertenecen a la misma disciplina, esto permite comprobar el grado de involucración con el servicio.

Las preguntas al supervisor en cuanto a toma de decisiones son menos frecuentes, y se toman medidas en conjunto.

LA EXPERIENCIA EN SEDE:

Se considera fundamental, permitiendo a través de una inserción concreta y comprometida con el hacer profesional, fortalecer aquellos saberes ya incorporados

teóricamente pero no puestos en práctica y permite la visualización de aquellos puntos débiles que deben trabajarse, o permiten descubrir espacios para ser revistos.

El acompañamiento del supervisor es indispensable para todas las cuestiones que se le presentan alumno., lo cual se obtiene con un supervisor con vasta experiencia en el campo y problemática elegida, que permita que clarifique sin titubear cualquier duda que surja, y transmita su experiencia.

Todos los aspectos mencionados ayudan a alcanzar las competencias terminales.

LA EXPERIENCIA DE CATEDRA:

, Se resalta la ayuda y el sentido de pertenencia que generó la comisión de salud, donde rápidamente pudo integrarse.

Es un espacio grupal de experiencias compartidas, dudas y sentimientos durante el proceso de supervisión, una alternativa de apuntalamiento y reevaluación de las competencias que se dieron.

TERCERA PARTE: ANALISIS DE DATOS

Del modelo institucional:

Con respecto a la **MISIÓN** de la institución, implementa sus acciones dentro del marco de Atención Primaria de salud, siendo admitidos aquellos pacientes que presenten uso nocivo o síndrome de dependencia y derivados los que presenten cuadros de intoxicación o estados de abstinencia y requieran de una atención de urgencia y/o internación. Teniendo en cuenta la cantidad de pacientes incorporados en el CAD (Centro de Atención de Día) que es de 16 chicos, no se puede inferir que brinda a la comunidad del partido de Gral. Pueyrredón una respuesta al problema.

En referencia a las **FUNCIONES**, con respecto a la **prevención,** hay un equipo de Prevención, formalmente constituido por tres acompañantes terapéuticos y una Terapista Ocupacional que realiza prevención trabajando con escuelas de la zona a demanda de las escuelas que así lo solicitaran. Sin embargo en la práctica los equipos no siempre se constituyen de la manera planteada formalmente. No parece haber una política más allá de las charlas en establecimientos educativos, con respecto a la prevención.

Se comenzó a realizar un relevamiento de instituciones de la zona, a cargo del Servicio Social y practicante, como clubes, parroquias, salas, comedores, y referentes barriales para realizar intervenciones tempranas en relación a factores de riesgo, como base de datos para el sistema institucional, y realizar un trabajo de articulación "en red", dado la escasa población atendida, la cual continúa siendo realizada al finalizar la práctica.

Con relación a los **Tratamientos** mediante la incorporación al CAD, los talleres no funcionan organizadamente, el no tener un coordinador hace que los mismos no tengan continuidad ni supervisión alguna de los conceptos que llevan a cabo.

La atención individualizada cabe destacar que se realiza respetando la singularidad de cada caso, efectuando en conjunto el equipo interdisciplinario un tratamiento para cada uno.

En la **Reinserción Social** el seguimiento de los casos se realiza mientras el paciente se encuentra en tratamiento, pero por disposición del contrato y el tipo de modelo abstencionista utilizado en nuestro país, el reglamento expulsa a muchos pacientes que dejan de tener seguimiento y quedan fuera del alcance institucional, en tanto no puedan soportar las normas institucionales.

Se realiza apoyo escolar dentro de la institución ya que cuenta con un asistente terapéutico que es docente, y se realiza capacitación laboral en talleres con Terapista Ocupacional dentro y fuera de la institución.

El Servicio Social tiene permanente articulación con red social y familiar.

En cuanto a los **OBJETIVOS**, se encuentran permanentemente en revisión crítica de sus metodologías de acción para concretar sus funciones pero dado que no cuentan con jefe de división ni coordinador se chocan con una realidad dentro de la que no pueden avanzar.

Se diseñan estrategias para el abordaje de las adicciones contemplando que hubiere una estructura mórbida preexistente.

Se encuentran trabajando en red con otros centros de internación, ya que no poseen centro propio, con los que tienen permanente relación y se ha logrado que se les otorgue becas para pacientes derivados del SEMDA.

Respecto a las horas semanales asignadas de las disciplinas intervinientes, psiquiatría tiene 6 horas asignadas con un solo profesional, terapia ocupacional y servicio social con

un solo profesional en cada uno tienen módulos de 35 horas, y psicología con 4 psicólogos con módulos horarios de 35 horas, ya que el tratamiento cuando es solo por consultorio externo tiene como eje principal el proceso psicoterapéutico, se realizan además las interconsultas que se consideran necesarias , de acuerdo al caso, propiciando el trabajo interdisciplinario.

De la consideración de las misiones, funciones y objetivos de los estatutos que hemos podido relevar, no se desprende explícitamente con claridad la presencia o adscripción categórica a un modelo institucional de prevención y atención en drogadependencia entre los que hemos definido previamente en este trabajo (Psico social, medico sanitario, ético-jurídico, socio cultural, geopolítico estructural.) La expresión de sus contenidos se da en un marco de mucha amplitud conceptual, no obstante podemos descubrir componentes de los diferentes modelos. Considerando la modalidad con que se llevan a cabo las acciones respecto de las misiones, funciones y objetivos, advertimos que por sus características los modelos mas cercanos resultan el: "Medico sanitario" y el "Psicosocial" y en menor medida aparecen sesgados aspectos del modelo Sociocultural, y el "Ético jurídico"

Dando como resultado un modelo institucional que integra aspectos de los diferentes modelos, por su contenido de conceptos o componentes propios de los mismos ya referidos.

La circulación del poder, no conserva una relación entre el modelo funcional y el ejercicio del mismo, la Jefatura de Departamento (donde están situados los cargos de jefe de división y coordinador) que es quien tiene la autoridad en sus funciones, solo se hace

presente como escucha dentro de las reuniones donde se toman desiciones, y en algunas ocasiones no concurre a las mismas. Quedando el ejercicio del poder, disuelto en desiciones dispersas, repartido entre el equipo técnico, con mayor peso en los profesionales de psicología.

Podríamos enunciar que quien esta mandado a ejercer el poder por estatutos, teniendo el "poder formal", no lo ejecuta, quedando en la realidad el "poder real" en manos de desiciones tomadas en conjunto o unilateralmente, según el caso.

De la concepción del Servicio Social:

A partir de las Finalidad, funciones y objetivos, o sea en la concepción ideal que sostiene la institución desde sus estatutos (desarrollados en el punto anterior) se desprende una visión del servicio social asociada al modelo Psico terapéutico. Sin embargo podemos observar que el enfoque que realiza la profesional es de corte social, propio de nuestra disciplina. Por ejemplo, la mención de acciones tendientes a la contención social, como al propósito de normatizar la conducta y la búsqueda de integración al grupo familiar, traslucen esta concepción propia del servicio social, aun cuando el peso del modelo institucional siga siendo Psico terapéutico.

El Servicio Social tiene una orientación psicosocial, teniendo en cuenta simultáneamente aspectos psicológicos y sociales de una demanda (personalidad, relaciones interpersonales, y las capacidades y recursos del medio), esto que se hace visible cuando se observa la interacción paciente-contexto social, trabajando con familia, entorno del barrio y escuela.

Cuando pasamos a observar la estructura real de funcionamiento del nivel profesional destinado al abordaje de la problemática de los pacientes, aparece bien definido el peso que el modelo le asigna a cada profesión. Como ya hemos dicho, el equipo se conforma por 4 psicólogos, un psiquiatra, un terapista ocupacional y un Trabajador Social.

Observando solo la composición numérica de la estructura notamos que el peso profesional (y en cierta medida el centro de poder) esta depositado cuantitativamente en el equipo de psicólogos y psiquiatra, en tanto se ocupan de uno de los aspectos del sujeto objeto del tratamiento.

Pero también aparecen aspectos de orden cualitativo que se dan en el tipo de funciones que se realizan, y el modo con el cual se articulan las funciones especificas entre los profesionales. En este sentido podemos apreciar que para algunos profesionales del equipo (psicología y psiquiatría) la concepción del servicio social sigue siendo "asistencialista", encontrándonos con gran cantidad de derivaciones, detrás de las cuales solo aparece el objetivo de gestionar recursos materiales (lentes, planes, becas, etc.), contra lo cual la experta se sigue enfrentando en el ejercicio profesional, utilizándolo como concurrencia de un conjunto de medios a un fin.

Asimismo, también observamos que el inicio del tratamiento se desencadena a partir de una primera entrevista a cargo del equipo de psicólogos, y no obstante existen instancias posteriores en las que el Trabajador social participa en el tratamiento del caso individual, y en consecuencia en la toma de decisiones, su función es relegada del tratamiento de la evaluación diagnostica ya realizada en primera instancia por el equipo de psicólogos. (Esta situación esta explícitamente referida en la descripción de las actividades del equipo profesional incorporado en página 110) y caracteriza claramente la orientación del modelo.

Así, la forma en que se articula la actividad profesional impide o aleja al Trabajador Social de la posibilidad de funcionar en primera instancia como "agente de cambio", permitiendo que la intervención sobre el sujeto pueda orientarse hacia el logro de cambios individuales o personales, así como a sus relación familiar, y su situación social general.

Por otra parte, el servicio social dentro de la institución, no cuenta con su propio espacio físico, debiendo utilizar las oficinas de los psicólogos (cuando estuvieran disponibles), implícitamente imaginando que el S. S. puede deambular con sus pacientes con mas facilidad que otra profesión.

Con respecto a las planillas estadísticas confeccionadas quincenalmente por el equipo, que son elevadas al Departamento de Salud Mental, no se llegó a observar procesamiento posterior a los datos.

Finalmente, con referencia a la función y dedicación del Trabajador Social a cargo, podemos decir que sus tareas profesionales dentro del SEMDA son parte de su desempeño dentro del servicio de salud Mental de la zona centro de Mar del Plata. En este sentido su dedicación resulta compartida con otras instituciones del sistema. De esta forma, no obstante la experiencia en el campo especifico, como la responsabilidad con la que se llevan a cabo las actividades, y aun cuando la cantidad de pacientes esta muy por debajo de la expectativa según los objetivos ("... brindar al partido de Gral. Pueyrredón una respuesta a la problemática del uso indebido de sustancias psicoactivas",) el Servicio se encuentra colapsado debido a la multiplicidad y diversidad de tareas que deben realizarse, con relación al tiempo concretamente disponible.

De la orientación metodológica del servicio:

De la consideración de la orientación metodológica que guía la intervención del servicio, se desprende como particularmente significativo el perfil del ideario transformador del Trabajador Social, dando cuenta de la comprensión del laberinto de los acontecimientos del hombre, la aceptación de las diferencias y la conciencia crítica.

Durante el tratamiento del paciente, la profesional del Trabajo Social apunta su intervención a producir cambios en distintos aspectos, en función de los objetivos que se quieren alcanzar, persiguiendo la finalidad de normatizar conductas adictivas y apuntando a la contención familiar. Esto se realiza siguiendo una secuencia lógica, cuyas fases son reconocibles, aunque en la práctica aparecen simultáneamente.

Podemos reconocer un comienzo, un medio y un fin de la intervención, enmarcándola en el modelo de intervención, donde se concibe al Trabajador Social "como agente de cambio".

Se registran las intervenciones en un primer momento en un cuaderno de entrevistas, para luego ser volcadas en la Historia Clínica.

Se realiza de forma protocolar dentro del servicio social el informe social, y a nivel institucional, el reglamento del CAD, el contrato de admisión y contrato de tratamiento.

Del abordaje a la problemática elegida

Los dispositivos con que cuenta el SEMDA para abordar la problemática desde el momento del comienzo de la práctica hasta finalizarla se han ido desestructurando, hasta dejar de funcionar. El centro de tarde ya dejaba de prestar servicio en el inicio; y durante el transcurso del año desaparece el centro de día. Esta desición fue tomada por falta de recursos para mantenerlos. La creación de una Comisión Asesora para el Departamento de Salud Mental, contribuyó a la obtención de recursos autogestivos, pero no cubrió todas las necesidades institucionales.

Los talleres fueron bajando su eficacia por falta de coordinación de los mismos, y finalmente al no tener mecanismos de sostén para los pacientes, fue generando que cada vez se realizara menos atención por consultorio externo.

Con respecto al abordaje de la problemática se observa en el proceso de admisión, tardanza para incorporar al paciente al tratamiento. Esto dificulta que algunos casos algunos casos no lleguen a integrarse, debido a que durante el transcurso de la misma abandonan la concurrencia.

Del lugar de la supervisión profesional en el servicio:

La supervisión profesional hacia la concurrente, dentro del centro de práctica, siempre estuvo presente, no puede indicarse que tuvo un espacio acotado sino permanente, como lo es todo proceso de aprendizaje.

El proceso de supervisión dentro de las situaciones vivenciadas en el transcurso de la concurrencia institucional se orientó con el material bibliográfico aportado por la cátedra,

CONCLUSIONES:

Del modelo institucional:

Si hablamos de la generalidad de los sistemas institucionales, hay una distorsión, que existe, entre lo expresado en los estatutos y lo que ocurre en la realidad, por una falta de referencia o ajuste permanente entre los fines institucionales y la acción concreta.

No existe retroalimentación con lo que ha ido ocurriendo en el transcurso del tiempo y la actualidad, que el hoy se nutra de lo que ha ido pasando para construir lo nuevo, basándose en errores y aciertos, no hay adaptación de las nuevas realidades a las funciones y objetivos planteados inicialmente, por ejemplo, las misiones son genéricas y abarcativas, pueden persistir en el tiempo, pero las funciones y los objetivos es necesario readaptarlos según las nuevas visiones de la problemática y el cambio social.

La obsolescencia de las estructuras funcionales, la institucionalización de sus actores, disminuye su eficiencia y eficacia en los tratamientos impidiendo la calidad institucional y del servicio.

El sistema institucional de salud no esta articulado con la comunidad en cuanto a la detección, asesoramiento y seguimiento de las problemáticas de los sujetos. La lógica dominante del sistema es desentenderse de quienes no llegan al él.

Dentro de esta institución la incorporación de una Jefatura de División permitiría operacionar más rápida y eficientemente muchas tareas. Las mismas se encuentran centralizadas hasta en sus más mínimos aspectos en la jefatura de departamento, esto produce demoras innecesarias.

La función de Coordinación es fundamental, en relación con ese aspecto. Esta tarea implica la recorrida periódica por cada lugar de trabajo observando funcionamiento, necesidades, desempeño, dificultades, recursos necesarios, informando, recibiendo sugerencias, propuestas, etc.la información producida sería procesada en reuniones de Coordinación y con la Jefatura con el objetivo de información, evaluación, búsqueda de soluciones, y devolución a los profesionales en estímulo y motivación frente a los logros, en reprogramación cuando sea necesaria.

De la concepción del Servicio Social:

El objetivo concreto que persigue el SS guía las desiciones, orienta las actividades, pero no tiene que ser necesariamente idéntico al que se define como tal en el estatuto, por lo tanto no parece necesario procurar una exacta correspondencia entre el contenido de los objetivos expresados en el plano ideal, y la acción concreta desarrollada en el plano real, sino prever mecanismos de discusión y articulación profesionales que permitan verificar en forma continua el estado de satisfacción de los objetivos desarrollados.

No obstante el modelo prevalente de la institución es el psicoterapéutico, parece indispensable dimensionar adecuadamente el rol del trabajador social, cuya dedicación permita dar curso a las finalidades y los objetivos expresados por la institución: para el SS, permitiendo el cumplimiento pleno de los mismos

De la orientación metodológica del Servicio:

Las fases de la metodología de intervención son reconocibles en la práctica, pueden ser delimitadas con fines de estudio, de hecho la operación de separar y delimitar cada fase del método es, a pesar de su carácter artificial ,útil para un objetivo de formación y para un objetivo de sistematización de la práctica., nos permite hallar los puntos comunes entre situaciones disímiles, encontrar lo general partiendo de lo particular, y considerar nuestro trabajo como una sucesión lógica y coherente de acciones imbricadas que tienden hacia un fin.

Es fundamental disponer de una metodología que permita una acción sistematizada frente al tratamiento del paciente y que además tenga como marco fundamental de referencia el modelo de tratamiento que se desarrolla frente a las adicciones. De esta forma se consigue una mayor efectividad en el abordaje de la problemática debido a la coherencia teórica buscada entre Modelo y metodología.

Del abordaje a la problemática elegida:

Debido la falta de recursos (humanos, económicos y espaciales) es imposible que las funciones de los dispositivos (talleres) se sostengan en el tiempo, se debería sacar conclusiones de su funcionamiento para evaluar su implementación, crear interés entre la población asistida y discutir los objetivos de los mismos.

La falta de recursos para sostenerlos, impide articular los talleres con los objetivos, que la temática de los mismos se refiera a las diferentes problemáticas de los pacientes.

.Se deberían proveer los recursos materiales y físicos en la forma más eficiente posible. Esta tarea consistiría en la instrumentación del Presupuesto, sobre la base de la información proporcionada permanentemente por la Jefatura de División y las Coordinaciones.

Si bien en este momento la preadmisión la realizan los Acompañantes Terapéuticos, y consta de la atención del paciente, en donde se toman sus datos y se les otorga el turno, también como una primera instancia de escucha a la solicitud,.La admisión sigue teniendo un proceso entre dos y tres semanas, con lo cual se deberían reevaluar los pasos y los tiempos previstos para el ingreso a tratamiento, teniendo en cuenta que los tiempos del paciente no son los tiempos de la institución.

Del lugar de la supervisión profesional en el servicio

En consideración al espacio brindado por la supervisión puede desprenderse que la profesional a cargo manifestó capacitación y condiciones de guiar el proceso de la práctica como función formativa, de orientación, asesoramiento y guía, pretendiendo fundamentalmente enseñar a hacer, creando un clima de respeto, relajación y amabilidad que permitió intercambiar ideas libremente.

CONSIDERACIONES:

La predisposición y apertura del equipo colaboró a la pronta inserción, ya que en ningún momento se percibió malestar o incomodidad de su parte.

En toda oportunidad en que se solicitó información siempre hubo buena predisposición para las respuestas.

Se evalúa la práctica como satisfactoria por haber podido lograr los objetivos propuestos para la misma, y haber logrado una experiencia en un campo que se desconocía.

REFLEXIONES FINALES:

Dentro de la crisis social y económica en que nos encontramos: desempleo, inseguridad, fisión familiar, oposición entre quienes gozan de privilegios y quienes perduran ayudados por políticas sociales asistencialistas, resulta difícil llevar a cabo una "prevención" que estratégicamente abarque a aquellos que frente a estas circunstancias de desavenencia se amparan en la violencia, alcohol y drogas, pues en ellas han encontrado una respuesta que la sociedad no ha sabido otorgarles

Esto merece recapacitar sobre la reconstrucción de lazos sociales, donde la relación cobre sentido y cada uno pueda instaurar sus propios espacios desde lo social.

En nuestro país se llevan a cabo políticas abstencionistas, y no todos los sujetos están preparados para entrar en programas de este tipo, se ejemplifica con la revisación que lleva a cabo la institución de práctica donde si se encuentra droga a los pacientes son expulsados del sistema., la decisión de enfrentar la abstención puede llevar mucho tiempo, o ser tardía con respecto a los riesgos que corre.

Este modelo restrictivo, puede resultar tan nocivo como la droga misma, ya que permite que la persona se escape del tratamiento en lugar de "captarlo".

Si bien no se puede importar modelos que no se encuadren en nuestra realidad de aceptación social, ni legislativa, podemos apuntar a replantearnos si nos sirven estos modelos utilizados, a partir de un análisis de impacto de los mismos.

Si apuntáramos a un cambio de modelo, dejando el abstencionismo y nos aproximáramos al "modelo de reducción de daños", donde se apunta a intentar mejorar las consecuencias adversas sobre la salud, lo social o económico de las sustancias que alteran el estado de ánimo, sin requerir necesariamente la reducción del consumo de tales sustancias, un abordaje que hace hincapié en las consecuencias negativas del uso de

drogas más que en el nivel de uso, significara un desafío para el conjunto de las disciplinas que tradicionalmente abordan la problemática.

En este sentido particularmente la tarea del Trabajador Social debe asumir un cambio de enfoque, dado que su labor social se desplegará en el contexto de un nuevo paradigma.

Preguntas para reflexionar::

Si procuráramos trabajar la problemática de la drogadependencia a partir de comprender sus causas y no de paliar sus efectos, es la Salud Mental el Área en la cual debe residir esta problemática?

Conviene desplegar la acción preventiva a partir de un modelo radicalizado en un aspecto específico como el de Salud Mental o por el contrario es necesario trabajar en un modelo integrador, en el cual su base de sustentación se apoye en diferentes conceptos y permita especificar la diversidad con que se presenta el sujeto en los diferentes tratamientos?.

Si es posible segmentar la demanda, (por edades, barrios, etc.), sería viable hacer que las instituciones atiendan sectores específicos, objeto de una intervención mas controlada, sin perder de vista la complejidad social de la problemática, en vez de plantearse abarcar una población tan amplia y de difícil abordaje y solución?

BIBLIOGRAFIA:

.Vélez Restrep, Olga Lucía. Reconfigurando el Trabajo Social, Ed. Espacio..2003

.Quiroga, Ana P. Crisis, procesos sociales, sujeto y grupo. Ed. Cinco. 1998.

.Di Carlo, Enrique y Equipo. Trabajo social con grupos y redes. Ed. Humanitas 1997.

.Carlos Eroles. Trabajo Social y Familia. 1997.

.Carballera y Mariano Barberena. Trabajo social, política social y salud. 1999

.Parra Gustavo. Antimodernidad y Trabajo social. Ed. Espacio. 1999

.Castañeda Gilberto. La salud y sus determinantes. Depto. de Salud Pública. Asig. Salud Pública. Apunte de cátedra. Noviembre de 2003.

.La salud y los determinantes del proceso salud-enfermedad. Pobreza y condiciones de vida. Posgrado en salud social y comunitaria.

.Vallejo Ruiloba, J . Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Ed. Salvat. 1991

.Becerra, Rosa María. Trabajo Social en Drogadicción. Editorial Lumen Humanitas. 1999.

.Programa de servicio social de atención primaria de la salud. Autores varios.(en línea).18 de junio de 2005. En htp//www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc.

.La drogadicción, su impacto en la sociedad y rol del trabajador social. Andreas .Weilandt. (en línea). 29 de junio de 2005. En htp//www.monografías .com

.Aguilar María José. Introducción a la Supervisión. Ed. Lumen. 1994.

.De Robertis, Cristina. Metodología de la intervención en trabajo social. Ed. El Ateneo. 1988.

.Fernández, Josefina. La supervisión en el trabajo social. Ed. Paidos.1997.

.Kisnerman, Natalio. Reunión de conjurados. Ed. Humanitas. 1999.

.Silvia Inchaurraga (compiladora). Drogas y políticas Públicas.Ed. Espacio.2001.

ANEXO:

CONTRATO DE ADMISION.

REGLAMENTO DEL CENTRO DE ATENCION DE DIA.

CONTRATO DE TRATAMIENTO

CONTRATO DE ADMISIÓN:

EN LA LOCALIDAD DE Mar del Plata, Partido de Gral. Pueyrredón, Provincia de Bs. As.. A los.....días del mes de.....del año 200....se conviene celebrar el presente contrato de admisión entre la institución SEMDA, en adelante la INSTITUCION, la persona a ser evaluada, y el representante legal del mismo.

Para tales fines constituye por una parte el coordinador del SEMDA.....

En representación de la INSTITUCION y por otra parte la persona en evaluación.....DNI NRO.....domiciliado en la calle.....TE..... de la localidad de .....Provincia de Bs.As. en su carácter de.....

El proceso de admisión constará de evaluaciones en dicho tiempo de todas las disciplinas que conforman el equipo profesional. Al cabo del tiempo estipulado se mantendrá entrevista con la persona evaluada y su responsable legal a fin de comunicarle la decisión o no de ingreso al centro de día. En caso de ser positiva la evaluación se firmará el contrato de admisión al CAD.

El consultante deberá permanecer en ABSTINENCIA durante el período de evaluación.

Durante el tiempo de evaluación, tanto la persona avaluada como el responsable legal se comprometen a cumplir las indicaciones del equipo interdisciplinario, así también como las normas enunciadas en cada uno de los dispositivos de evaluación.

....

.....

Firma Coordinador Firma Asistente S. Firma Acompañante

.....	.....
Firma persona a evaluar	Firma representante legal

REGLAMENTO DEL CENTRO DE ATENCION DE DIA (CAD)

Los pacientes deberán:

1. Concurrir de lunes a viernes de 8:30 a 14: hs. a la Sede del Servicio cita Av.. Jara 1661.

2. Comunicarse personal o telefónicamente en caso de ausentismo.

3. Respetar y dar cumplimiento a las indicaciones que el Equipo Técnico le brinde.

4. Aceptar y colaborar con las revisaciones de sí y de sus pertenencias tanto al ingresar al servicio como en todas aquellas circunstancias en que el Equipo Técnico lo considere pertinente. En caso de constatarse tenencia de sustancias psicoactivas, se realizará la comunicación al responsable del paciente y se dará intervención a las autoridades policiales y/o judiciales (ley 13737 del Código penal). Este hecho será en todos los casos motivo de expulsión y baja del tratamiento.

5. Permanecer en abstinencia.

6. Entregar al ingresar al Servicio la totalidad del dinero que porten.

7. Colaborar con el proceso de abstinencia individual y grupal que se les brinde.

8. Respetar estrictamente los horarios pautados para el ingreso y egreso del servicio.

9. Cuidar y mantener o reparar y reponer si fuese necesario las instalaciones muebles y útiles del servicio.

10. Utilizar un lenguaje y modales correctos.

11. Acceder de conformidad y firmar actas que correspondieren, según lo requiera la situación.

12. Pedir autorización por escrito al Equipo Técnico para ingresar al servicio objetos y/o mercadería de cualquier tipo.

Los pacientes no podrán:

13. Consumir cualquier tipo de sustancia que altere su estado físico y/o psíquico, salvo prescripción médica

14. Mantener relaciones sexuales o manifestaciones de intimidad con otros pacientes.

15. Agredir verbal y/o físicamente a otros pacientes ni personal del servicio.

16. Tener bajo guardia dinero en los momentos de permanencia en el servicio.

17. Ingresar al servicio cualquier tipo de objeto o mercadería que no haya sido autorizada previamente por el Equipo técnico

18. Intercambiar objetos de cualquier tipo con otros pacientes.

19. Hacer contactos o pactos de cualquier tipo con otros pacientes.

20. Utilizar lenguaje vulgar (carcelario o callejero) dentro del servicio.

21. Encender radio, TV, sin autorización dentro del servicio.

22. Encubrir y ocultar las trasgresiones a cualquiera de los puntos del presente reglamento, que los pacientes pudieran cometer.

IMPORTANTE: ante cualquier situación de riesgo o crisis que pudiere atravesar el paciente los fines de semana, feriados o en los horarios que no se encuentre en Servicio deberá acudir a la guardia del HIGA.

Criterios de exclusión del CAD: psicosis desencadenantes, trastornos orgánicos severos, rasgos psicopáticos graves, debilidad mental.

Dispositivos del CAD: talleres, grupos terapéuticos, reuniones informativas, tratamiento psiquiátrico, acompañamiento terapéutico.

Sistema de registros:

.Historia Clínica: (evaluaciones de preadmisión por equipo completo, contrato de tratamiento, hoja de evolución donde el equipo tratante registra la evolución del paciente).

.Registro numérico de HC: (para admisiones libro separado si es derivado luego de la evaluación se anota con número, si ingresa al CAD o consultorio externo aquí consta nº HC y nombre del paciente, dirección, quién hace la admisión y para qué).

.Registro alfabético de HC: (solo los que ingresan con iguales datos)

.Libro de registro de pacientes: (en tratamiento actual, actualizado mensualmente).

.Contrato de admisión: contrato de preadmisión y contrato de tratamiento que se firma luego de realizada la preadmisión, con el objetivo de comprometer al paciente y familia, resguardo legal, y conocer normas)

.Libro de guardia:(se registra lo realizado en el día, actividades ,ingresos hs., llamados).

.Libro de reunión de equipo terapéutico: (una vez por semana)

.Libro de reunión de equipo interdisciplinario: (se plasma lo referido en las reuniones de equipo)

.Planilla de asistencia al CAD: (por día y de registro mensual de cada paciente)

.Acta de sanción: (la firman los pacientes por trasgresión al contrato terapéutico).

.Carteleras hay dos: (una con horarios de permanencia de pacientes y personal, novedades cursos de capacitación y otra con horarios de actividades planificadas por semana, y reglamento).

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

SEMDA

CONTRATO DE TRATAMIENTO

EN LA LOCALIDAD DE Mar del Plata , Partido de Gral. Pueyrredón, Provincia de Bs. As. , a los.....días del mes de.....del año 200.se conviene celebrar el presente contrato de tratamiento entre la institución SEMDA, en adelante la INSTITUCION, el paciente en tratamiento, en adelante el PACIENTE y el responsable legal del mismo, en adelante el RESPONSABLE LEGAL.

Para tales fines se constituye por una parte el COORDINADOR del SEMDA, ...en representación del la INSTITUCION y por otra parte el PACIENTE,.....DNI Nº.....constituyéndose como RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE el/la SR/SRA.....DN Nª.....domiciliado en la calle.....tel.....de la localidad de.....Pcia de Bs.As. en su carácter de.....

1. A partir del proceso de evaluación llevado a cabo por el Equipo Técnico Profesional, en adelante llamado ETP, la INSTITUCION se compromete a brindar tratamiento ambulatorio , sugiriendo para el mismo las siguientes indicaciones.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

2. De considerarlo necesario, el ETP podrá dar nuevas indicaciones de acuerdo a la evolución del tratamiento, que serán expresamente registradas en la historia clínica y comunicadas al paciente y su responsable legal, quienes se notificarán en la misma con su firma.

3. Cada una de las indicaciones antes enunciadas, como así también la realización de estudios, análisis, otros tratamientos y todo aquello que el ETP considere conveniente llevar a cabo, deberá ser respetado tanto por el paciente, como por los familiares y/o responsable legal. El incumplimiento reiterado de las mismas puede comprometer la evolución favorable del tratamiento, lo que motivará el cese inmediato del presente contrato, por falta de colaboración.

4. El paciente deberá permanecer en ABSTINENCIA , quedando bajo exclusiva responsabilidad cualquier tipo de consumo o acto que realice fuera del tiempo de permanencia en la institución

5. NORMATIVAS INSTITUCIONALES: tanto el paciente como familiares.

5.a) El respeto y cumplimiento de las indicaciones emanadas del ETP, así como de las normas enunciadas en cada uno de los dispositivos de atención.

5.b) El paciente no podrá tener bajo su guarda dinero en los momentos en que permanezca en la institución, salvo expresa indicación del ETP

5.c) Queda terminantemente prohibido el ingreso a la institución de medicamentos (salvo indicación médica), drogas de cualquier tipo, bebidas alcohólicas, alcohol puro o similar, perfumes, desodorantes, pegamentos, armas o elementos punzo-cortantes).

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

5.d) En caso de ingreso y/o consumo de sustancias con fines tóxicos, agresión física o verbal entre pacientes o contra el personal de la institución por parte del paciente, será motivo de sanción, derivación o expulsión del tratamiento, según el caso.

5.e) El ingreso de cualquier objeto tales como celulares, máquinas fotográficas, filmadoras, radiograbadores, walkman, o similares artículos deberá ser autorizado previamente por personal del equipo, no haciéndose responsable la institución de las pérdidas, sustracción, robo o daño de los mismos.

5.f) El responsable legal y/o familiares del paciente se harán cargo del gasto que demande la reparación o reposición de aquellos elementos que deteriore o extravíe el paciente y cuya razón no fuera accidental.

5.g) El paciente deberá aceptar la revisación de si y de sus pertenencias por parte del personal de la institución cada vez que se lo requiera.

5.h) Tanto el responsable legal, como sus familiares y allegados, deberán concurrir a la institución cada vez que se los cite. Si existiera alguna eventualidad por la que no pudieran hacerlo, deberán comunicarse telefónicamente o por nota, con suficiente antelación. En caso de incurrir en un abandono de persona, la institución actuará de acuerdo a las previsiones legales pertinentes.

5.j) El abandono derivación o expulsión del tratamiento, será informando al responsable legal, como así también a las autoridades policiales y/o judiciales que correspondiere, cuando fuere necesario.

.....	.....
Firma del Paciente	Firma del responsable legal
.....	.....
Firma del ETP	Firma del Coordinador SEMDA