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

2015

Las intervenciones del Trabajador Social en el abordaje de las relaciones intrafamiliares en un tratamiento de adicciones con modalidad de consultorio externo

Nejamkin, Eugenia

http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/92

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Tesis de grado

"Las intervenciones del Trabajador Social en el abordaje de las relaciones intrafamiliares en un tratamiento de adicciones con modalidad de consultorio externo"

Directora: Lic. Vaccaroni, Virginia

Co-Directora: Lic. Gastiarena, Cecilia

Estudiantes: Nejamkin, Eugenia

Sindoni, Silvana

Año 2015

Agradecimientos

Se cierra una gran etapa, una etapa que significó cambios importantes en mi vida, en mi forma de pensar y de actuar. Fueron parte de esta etapa personas a las cuales no puedo ni quiero dejar de agradecerles…

A mi familia, no somos muchos pero sin dudas somos los que necesitamos ser. Supieron ser el motor y la fuerza que necesité para ir subiendo cada escalón y para ir superándome a mí misma demostrándome que se puede y que el que arriesga no gana. Es por ustedes que hoy estoy en donde estoy, alcancé la meta y cada uno de fue una parte esencial de ese camino. *Simplemente gracias.*

A mis amigas Agostina, Fernanda, Silvana, Yesica, Victoria y Paula. Dicen que las amigas son la familia que uno elige, supieron darme ese "empujoncito" que muchas veces necesité para estar hoy donde estoy. *Gracias*

A mis compañeras de facultad Celina, Sol, Lucía que más que compañeras son amigas de esas que se escriben con todas las letras. Aprendí mucho de cada una de ustedes y habernos encontrado haciendo algo que nos identifica y nos une es lo que hace que hoy tenga que agradecerles por haber estado siempre que las necesité. *Gracias totales.*

Al equipo de Proyecto Be por abrirme las puertas desde el primer día y hacerme sentir parte del hermoso grupo de personas que son. Estoy profundamente agradecida por el espacio que me dieron y por la formación que me permitieron llevar.

A mi directora y co-directora, Virginia y Cecilia. Gracias por acompañarme en este proceso, gracias por enseñarme a ser mejor profesional y persona, gracias por compartir sus experiencias y su conocimiento.

A mi "compa" de tesis, Silvana. Tantas cosas diría, la vida nos cruzó y nosotras supimos sacar provecho de esa situación. Gracias por haber compartido este proceso conmigo, lo anhelábamos mucho y hoy estamos acá asique sólo nos queda disfrutarlo y guardarnos cada momento vivido. *Gracias infinitas.*

"Los grandes cambios siempre vienen acompañados de una fuerte sacudida. No es el fin del mundo, es el comienzo de uno nuevo"

Gracias, Eugenia.

A mi amiga Carolina, por ser mi pilar y guía, por su amistad y apoyo incondicional desde siempre.

A Mariano y mi hija Ernestina a quienes amo, le dan sentido a mi vida, me entienden y comparten conmigo a diario el esfuerzo que implica cumplir con las tareas de un hogar, el trabajo, estudio y demás responsabilidades.

A mis padres, hermanas y hermanos que también son mi motor, y aunque muchas veces nos enojemos y no logremos acuerdos sabemos que estamos incondicionalmente.

A mi hermana Micaela por enseñarme que en la vida vale la pena perdonar de corazón… no por perdonar al otro… sino para amigarse con uno mismo y con nuestra historia.

A mi abuela Victoria, quien me enseñó con su ejemplo que en la vida hay que luchar por conseguir lo anhelado y nunca bajar los brazos.

A Virginia Vaccaroni y Cecilia Gastiarena, quienes me enseñaron con su ejemplo, sus aportes y exigencias durante este proceso de aprendizaje.

Al Dr. Juan José Beltrami, Lic. Gabriel Fadon, Lic. Carla Di Napoli Vita, y todos los profesionales que conforman el Equipo de trabajo de la institución Proyecto Be, por su confianza, estímulo y apoyo permanente para superarme día a día

A mi compañera y futura colega Eugenia Nejamkin por su empuje, dedicación y acompañamiento durante este recorrido.

Gracias, Silvana.

Índice

- *Capítulo 1:* Introducción……..1

- *Capítulo 2:* Marco Teórico……...5

Primera Parte: Familia…….…….....6

2.1: Dinámica familiar, funciones y vínculos familiares……..12

2.2: Comunicación familiar…….....22

2.3: Trabajo Social y Familia…….28

Segunda Parte: Salud Mental y Adicción…….....38

2.4: Equipos Interdisciplinarios…….44

2.5: Proyecto Be: la institución y su modalidad de tratamiento…...54

- *Capítulo 3:* Marco metodológico…….61

- *Capítulo 4:* Presentación y análisis de los casos……74

- *Conclusiones*……..106

- *Bibliografía*……...112

- *Anexos*……..118

Capítulo1

Introducción

El siguiente trabajo surge a partir de la realización de la práctica pre profesional durante los años 2010 y 2013 llevada a cabo en “Proyecto Be”, institución dedicada al tratamiento de adicciones y salud mental, en el marco de la Cátedra Supervisión de la carrera de Lic. En Servicio Social dictada en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicho dispositivo posee un abordaje interdisciplinario con una modalidad de tratamiento ambulatorio y se enmarca en la nueva Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) sancionada el 25 de Noviembre del 2010 y promulgada el 2 de Diciembre de dicho año.

Desde lo personal el proceso de esta experiencia ha sido altamente significativo en lo que respecta a la intervención profesional, partiendo de los principios científicos y éticos-políticos que dan forma a la disciplina del Trabajo Social.

Durante el desarrollo de nuestra práctica pre profesional, nos hemos contactado con diferentes grupos de familias. La observación de éstos nos ha conducido a reflexionar acerca de las transformaciones en el contexto social y los cambios en la organización y vida familiar, lo cual se ve reflejado en nuevas formas de relaciones afectivas y sociales.

Eloísa de Jong explica que “los modelos familiares son múltiples y heterogéneos por lo que la familia es pensada como un lugar de construcción de vínculos afectivos que puede ser sujeto de su propio proyecto y no objeto de representaciones dominantes del deber ser de la familia. De esta manera se podría pensar a la familia y sus conflictos desde la particularidad de su contexto, lo que permitiría la construcción de un sujeto íntegro capaz de adquirir autonomía y responsabilidad de su propia vida y la de los demás”. [1]

[1] De Jong, Eloísa Elena y otros “Familia: representación y significados” Ed. Espacio, Buenos Aires 2010.

Siguiendo con este lineamiento, consideramos fundamental trabajar sobre los vínculos familiares ya que la familia se vuelve más vulnerable y con mayores dificultades de contener los conflictos de sus miembros cuando éstos se debilitan.

A partir de la experiencia desarrollada en la Institución anteriormente mencionada, podemos dar cuenta de múltiples problemas sociofamiliares como la violencia, la prolongación de la dependencia de los jóvenes, el deterioro de la imagen de autoridad del hombre, dificultades comunicacionales, adicciones.

Otero, Alonso, Sainz y otros mencionan que estas circunstancias nos enfrentan a la necesidad de producir un cambio de posicionamiento profesional de quienes nos desempeñamos en el ámbito de la salud. La complejidad de la actual situación social requiere pensar dispositivos de atención que incluyan un abordaje integral tal como propone la Nueva Ley de Salud Mental. [2]

No hemos propuesto como objetivo general de esta investigación analizar y describir las intervenciones del trabajador social en el abordaje de las familias que participan del tratamiento en Proyecto Be. Asimismo intentaremos fundamentar la necesidad de participación de la familia en el tratamiento de adicciones considerando que ésta coopera o retroalimenta el síntoma del paciente. También caracterizaremos la modalidad de tratamiento de “Proyecto Be”.

Consideramos relevante tener en cuenta la influencia que ejerce el cambio de paradigma en la terminología y prácticas utilizadas en el marco del Trabajo Social.

Así, decidimos presentar el desarrollo del Marco Teórico en dos partes: en una

[2]Otero, Alonso Sainz y otros “Ley Nacional de Salud Mental N°26.657: Comentarios Interdisciplinarios” Ed. Centro Norte, Buenos Aires, 2011.

primera parte se realizará un recorrido acerca de los principales conceptos relacionados al término “familia” en el marco de esta investigación: dinámica familiar, funciones, vínculos y comunicación; asimismo se encontrará un apartado referido al ejercicio del Trabajo Social con la familia.

En la segunda parte, se abordarán los conceptos de Salud Mental y Adicción, el desempeño de los equipos interdisciplinarios y se caracterizará a la Institución “Proyecto Be”.

Para alcanzar los objetivos expuestos, realizaremos entrevistas a 4 (cuatro) integrantes del equipo interdisciplinario de “Proyecto Be”: Director Médico Dr. Beltrami, Juan José (Psiquiatra), Directora Terapéutica Lic. Di Nápoli Vita, Carla (Psicóloga), y a las Licenciadas en Servicio Social, Gastiarena, Cecilia y Blanc, Patricia quienes están a cargo del espacio familiar.

Asimismo presentaremos una muestra compuesta por los casos de los cuales participamos durante nuestra práctica pre profesional de Junio a Diciembre, 4 (cuatro) en 2012 y 6 (seis) en 2013. Es válido aclarar que dicha participación estuvo supeditada al consentimiento de cada familia.

Por último, construiremos conclusiones que se desprenden tanto de la teoría desarrollada como del trabajo de campo con el fin de caracterizar la intervención profesional en la temática que aquí nos compete.

Capítulo 2

Marco Teórico

Primera Parte:

Familia

Si se indaga sobre la definición de familia, se encontrarán diferentes explicaciones de la misma; cada autor varía en sus teorizaciones, según su profesión, línea teórica y su experiencia.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) describe a la familia como: "grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos".[1]

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la concibe como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. Sin embargo, el proceso histórico y social muestra diferentes estructuras familiares que hacen difícil una definición de ella. Esto indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea".[2]

Según Liliana Barg, "la familia es una organización grupal producto de múltiples relaciones, donde existe un vínculo afectivo perdurable que permite diseñar un proyecto bibliográfico conjunto. La tarea del grupo es la reproducción social de la vida según funciones y roles".[3]

---

[1] «Artículo 16. 3». Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948)

[2] OMS "Organización mundial de la salud" Publicación Octubre 2009 <http://www.who.int/es/>

[3] Barg, Liliana "Las Tramas Familiares en el Campo de lo Social" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2009.

Por otra parte Minuchin y Fishman en su libro “Técnicas de Terapia Familiar” definen a la familia como: “un grupo natural, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales rigen el funcionamiento de los miembros de la familia, definen sus gamas de conductas y facilitan sus relaciones recíprocas”.[4]

Según Ackerman podemos concebir a la familia como “la unidad básica del desarrollo y la experiencia, de la realización y el fracaso. Es también la unidad básica de la enfermedad y la salud, (…) en donde los miembros de la familia están ligados en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades.

La familia constituye un sistema dinámico con una estructura y funciones determinadas las cuales le permitirán atravesar distintas etapas del ciclo vital y enfrentar sus crisis. Desde su origen va experimentando cambios de cada uno de sus miembros y, en consecuencia, de todo el sistema familiar, a los que deberá adaptarse para superarlos y permitir que éstos contribuyan en el desarrollo de cada uno de los integrantes del grupo”. [5]

Existen innumerables familias que niegan estos momentos, adoptando posturas rígidas que no les permiten capitalizar lo vivido para convertirlo en aprendizaje. Ibañez Tolosa cita a Haley cuando dice que “(…) las familias recorren un proceso de desarrollo, y el sufrimiento o los síntomas psiquiátricos aparecen cuando ese proceso se perturba”. Este autor hace una división de los ciclos vitales de la familia:

[4] Minuchin y Fishman “Técnicas de Terapia Familiar” Ed. Paidós, Buenos Aires, 2004.

[5] Ackerman, N “Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares” Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.

a) El periodo de galanteo: la hora cero de la familia, el instante en el que dos personas se buscan para constituirse en una pareja y comenzar allí a proyectar el futuro familiar.

b) El matrimonio y sus consecuencias: la consolidación del matrimonio implica la unión de dos culturas, acuerdos y desacuerdos, el surgimiento de una nueva identidad.

c) El nacimiento de los hijos y el trato con ellos: con la llegada de los hijos se ponen a prueba los acuerdos. Muchas de las cuestiones que enfrenta la pareja, empiezan a ser tratadas a través del hijo, en la medida en que éste se convierta en un chivo emisario y en excusas para los nuevos problemas y para los viejos aún no resueltos.

d) Dificultades matrimoniales del período intermedio: la pareja que ha estado casada por un período determinado, enfrenta problemas que pueden describirse en términos del individuo, de la pareja o de toda la familia.

e) El destete de los padres: la crisis por la partida de los hijos. La familia entra en un período de crisis cuando los hijos comienzan a irse y las consecuencias son variadas. Una dificultad marital que puede emerger en esta época, es que los padres se encuentran sin nada que decirse ni compartir.

f) El retiro de la vida activa y la vejez: con el tiempo uno de los cónyuges muere o enferma y surge la necesidad de buscar nuevos mecanismos de integración con la familia". [6]

[6] Haley, J. "Terapia no Convencional" en Ibañez Toloza. Viviana "Las crisis vitales de la familia" Revista Ser, Vol.7, Pag. 15, Mar del Plata, 1997.

“En la puesta en marcha de la vida del grupo familiar, y durante los sucesivos y pautados momentos evolutivos del mismo, cada uno de los aspectos descriptivos van sufriendo embates, en tanto tiene que dar lugar a la inclusión de siempre nuevas problemáticas (…)” [7]

“(…) El inicio de la socialización en el afuera de la familia, colegio, otras familias; la entrega del hijo a la institución escuela; la gran crisis familiar promovida por el advenimiento de la pubertad y adolescencia portadora de la maduración sexual, la inclusión de la sexualidad en los hijos; la salida a la exogamia, formación de pareja de los hijos; la abuelidad, como nuevo vínculo, y finalmente la desaparición física del originario núcleo familiar. Todos estos hechos configuran algo así como una historia natural de principio a fin, del crecimiento y desarrollo del grupo familiar. Cada uno de estos pasajes promueve conmociones en la trama y en cada uno de los momentos evolutivos pueden dispararse situaciones conflictivas que ahondan la crisis natural y pueden desviar el progreso del grupo familiar.”[8]

A modo de síntesis, consideramos que la familia, es uno de los espacios donde el ser humano aprenderá lo que son los afectos y valores; así como también la manera en la que hay que manejarlos y qué es lo correcto a realizar y lo que no. Es por esto que, de acuerdo a los objetivos de la presente investigación, creemos pertinente considerar la definición de familia de Liliana Barg la cual hace hincapié en las múltiples relaciones y en los vínculos afectivos para el futuro diseño de un proyecto de vida

[7] Ídem cita 6.

[8] Haley, J. “Terapia no Convencional” en Ibañez Toloza. Viviana “Las crisis vitales de la familia” Revista Ser, Vol.7, Pag. 15, Mar del Plata, 1997.

teniendo en cuenta las funciones y roles del grupo familiar. La formación de la familia, es irremplazable; es un núcleo primordial de incorporación de valores y virtudes a seguir.

2.1: Dinámica familiar, funciones y vínculos familiares

Dinámica familiar

Siguiendo a Aurora Pérez en su libro "Familia: Enfoque Interdisciplinario", se entiende por dinámica familiar "(…) la serie de correlaciones e interjuegos que vinculan a un miembro con otro. Se generan movimientos tanto en la conducta motora como en la psíquica, que se van relacionando merced a propuestas de sus necesidades y respuestas de resoluciones que hacen que la convivencia de tales definidos sujetos en su posición femenina-masculina, de padre y de madre, de hijos y hermanos, se sostengan intercambios que dirimen procesos absolutamente vinculantes "[9].

A partir de esta dinámica familiar se producen transformaciones, que hacen al devenir del desarrollo de lo humano. Hay tres grandes centros que, como a modo de motor originan dinámicas, que movilizan, ponen en funcionamiento, la vida del grupo familiar. Un" primer motor", constitutivo básico del grupo familiar, es la pareja conyugal conformada por el intercambio en exclusividad de la vida sexual por los integrantes de la pareja; además conlleva en su organización una fantasía de realización de sí mismos compartida por ambos, esta ilusión provee a la pareja conyugal de un fuerte

[9] Pérez, Aurora "Familia: Enfoque Interdisciplinario" Ed. Lugar, Buenos Aires, 2009.

sentimiento de estabilidad. En este marco, aparece la idea de hijo/s fantaseándose también uno al otro con la idea de padre y madre de los hijos deseados.

Un “segundo motor”, organizado desde el advenimiento del hijo/s, es la pareja de padres, la pareja parental; lo que concierne a ésta es el funcionamiento como padres. Implica el despliegue de roles y o funciones paterno-maternas. Tales ejercicios provienen de una convergencia de ideas, valores, estilos de actuar, aportados por ambos padres. Los ideales parentales se solventan, sobre las identificaciones con los modelos y estilos de crianza de los padres de cada uno de los integrantes de la ahora pareja parental.

Un “tercer motor”, organizado en función de un cuidado general del destino del grupo familiar, es el motor que recibe el nombre de pareja tutelar; tiene que ver con movilizar todo lo que sea necesario a los fines de lograr plasmar en los hechos aquellos ideales, valores, expectativas y deseos que configuran el ideal de familia que se desea conseguir, la identidad familiar. El mandato básico de esta pareja es el cuidado del núcleo familiar como un todo y del proyecto vital de cada miembro en particular.[10]

Teniendo en cuenta que Aurora Pérez conceptualiza la dinámica familiar como “el interjuego que vincula a un miembro con el otro”, hemos decidido establecer una relación entre ésta y la descripción que hace Guillermo Dorado acerca de quién cumple en la familia las funciones materna o paterna. En algunos casos las mismas son desempeñadas por el padre o la madre biológicos, sin embargo en otros, dichos roles recaen sobre los abuelos o un hermano mayor. En culturas matriarcales, el padre no

[10] Ídem cita 9.

ejerce la autoridad familiar y este lugar es generalmente ocupado por un tío materno.

Una de las funciones paternas es la normativa, que implica poder ocupar el lugar de guía y referente, enseñar las normas y los límites, ayudar a tomar conciencia de "sí mismo" y de los "otros". [11] Sin embargo es pertinente considerar, continuando con el lineamiento teórico de este autor, que en las diferentes familias los lazos que unen a sus miembros, las distancias y barreras que hay entre ellos son muy variables. En los extremos se encuentran las familias aglutinadas o fusionadas por un lado, y las familias desligadas o distantes por otro. En el primer caso se trata de familias que tienen gran dificultad para la individuación de sus miembros y fuertes barreras que los separan de lo exterior. El segundo tipo tiene alto grado de aislamiento entre sus integrantes; las fronteras son rígidas entre ellos y más difusas con el exterior. Cada uno de estos tipos familiares presenta ventajas y desventajas para adaptarse a las distintas etapas del ciclo vital.

"Cuando se establecen toxicomanías graves en un sujeto, no es raro encontrarnos modelos adictivos y adictogénicos en uno o más miembros de la familia: alcoholismo, consumo desmedido de psicofármacos o analgésicos, tabaquismos, etc. (…) La transmisión de estas pautas se realizan en un clima en el que abundan las vistas gordas, las corrupciones, las alianzas, los pactos perversos y los ocultamientos. Estas formas familiares de vincularse pueden caracterizarse por enfrentamientos

[11] Dorado, Guillermo "Actualizaciones en adicciones II" Ed. Gabas, Buenos Aires, 2002.

cotidianos o por una paz mortífera, y aun así el objetivo común es mantener la unidad familiar a cualquier precio". [12]

Vínculo

Vínculo del latín *vinculum de vincire* que significa "atar, unión o atadura de una persona o cosa con otra", es una ligadura estable entre dos o más sujetos que se registra como un sentimiento de pertenencia. Constituye una estructura en la que ambos miembros guardan entre sí una relación de autonomía relativa y determinaciones recíprocas.

Para que haya vínculo es necesaria la presencia del otro (…) Implica relacionarse con aspectos semejantes del otro, con aspectos diferentes que pueden ser reconocidos como tales".[13]

Siguiendo con esta línea temática**,** Mario Puentes en su libro "Detrás de la droga" define vínculo como la relación de compromiso que existe entre dos o más personas, en relación a un proyecto común que implique la construcción de un valor.

En toda familia debería existir un lugar diferenciado: el de padre, el de madre, de hijo, el de hermano. La falta o el exceso de discriminación de estos lugares lleva a estructuras muy rígidas que no posibilitan las transformaciones. Lugar: "es una

[12] Korman, Víctor "Y antes de la droga, ¿Qué?" publicación editada por Grupo Igia, Barcelona, 1995

[13] Liliana Barg, "Las tramas familiares en el campo de lo social", Ed. Espacio, Buenos Aires, 2009.

categoría referida a un espacio virtual, no real que recibe su definición desde el marco conceptual. Es la posición que cada uno ocupa con respecto a los otros".[14]

"(…) las familias tienen espíritu de cuerpo para aludir que se piensan como un cuerpo o como el cuerpo, por lo tanto como algo indivisible. Es por esta modalidad de representación que a veces no se puede decir nada que cuestione la propia familia o a alguno de sus miembros sin que la familia se sienta cuestionada como un todo y que sus miembros se sientan aludidos, agredidos y ofendidos". [15]

Aunque las familias se consideren uno, dicha unidad se diferencia radicalmente de lo que es un sólo sujeto. Cuando uno de sus miembros enferma, la familia a la que pertenece se sentirá dolida, preocupada, perseguida, deprimida o afectada pero sus integrantes tendrán una clara sensación de que, como parientes, no padecen lo que aquel miembro. "Su modalidad vincular seguramente adquirirá otras formas, pero al día de hoy no podemos decir que dicha transformación sea el efecto de una causa que es la enfermedad de uno de sus componentes. Por eso sería una generalización sostener que la familia es psicótica o psicopática porque uno de sus miembros es considerado como tal. Tampoco estamos autorizados a afirmar que la familia es la causa única de la enfermedad de uno de sus miembros. En este sentido, el nombre que suele aplicarse es "encubridor de la estructura vincular", como cuando se dice: la madre del niño que no habla."[16]

La familia o pareja y el sujeto individual padecen diferentes sufrimientos y

---

[14] ídem cita 13.

[15] Berenstein, Isidoro "Del Ser al Hacer" Ed. Paidos, Buenos Aires, 2007.

[16] Ídem cita 15.

deberían ser tratados como dos tipos de pacientes distintos; lo que se aplica a uno no necesariamente se aplicará al otro aunque haya una relación compleja entre ambos.

Función

"Función: es una actividad. Solo puede ser captada a partir de la estructura de la que forma parte y no como elemento aislado. Indica a la vez lugar y función: se puede estar en el lugar de padre o madre pero la función está ausente si no se cumple con la actividad atribuida o al revés, puede no estar el padre y otro cumplir con la función. Podemos mencionar las siguientes:

- Función paterna: proteger la vida de sus descendientes, la reproducción y la producción. Es quien hace el corte con la familia de origen, administra la ley y es representante de la exogamia.

- Función materna: encargada de realizar los cuidados materiales emocionales del hijo, estructura la psiquis del niño.

- Función filial: el hijo sella la alianza e instaura la familia, resignificando a sus padres como pareja parental." [17]

Aurora Pérez argumenta que el grupo familiar cumple funciones a los efectos de

[17] Barg, Liliana "Las Tramas Familiares en el Campo de lo Social" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2009.

solventar la resolución de las demandas que se generan desde la constitución de la pareja conyugal, el advenimiento de los hijos y el transcurrir vital. Menciona 3 funciones:

1) “Función sostenedora”: Una función primaria es la de proveerse los medios de subsistencia tanto para los adultos como para los niños. La pareja humana se auto sostiene y sostiene. Una función primordial es la de atender las necesidades de auto conservación brindando suministros alimentarios, protección y cuidados materiales.

2) “Función placentaria”: mediante esta función la familia cumple mandatos específicos. A medida que crece el infante humano dentro de la trama familiar, la función placentaria irá proporcionando modelos de ser, de resolver situaciones, proponiendo significados y valores, a través de procesos de identificación con ambas figuras parentales y siempre mediante el vínculo afectivo, organizando así la personalidad y constituyendo la identidad de ese nuevo ser humano.

3) “Función socializadora”: explícita e implícitamente la familia es transmisora de pautas sociales imperantes en la comunidad. Y de vivenciar qué valor, lugar y posición le es otorgada a su propio estatus como miembro en el grupo, y cuál es el estatus de los otros.

El autor Mario Puentes en su libro “Detrás de la Droga”[18] realiza una división, sólo a modo pedagógico, de dos categorías de análisis del perfil de familias con miembros y vínculos enfermos:

[18] Puentes, Mario “Detrás de la droga”

a) “Perfil intrapsíquico de la familia”: hace hincapié en los procesos internos (consientes o inconscientes) que surgen de la internalización de “figuras primarias” que generalmente son el padre y la madre.

b) “Perfil extrapsíquico de la familia o vincular”: hace hincapié en los procesos relacionales (consientes o inconscientes). Análisis de mensajes, metamensajes, alianzas generacionales, estructuras jerárquicas, etc.; una de las teorías más relevantes aquí es la teoría de la Comunicación.

Con respecto al *perfil intrapsíquico*, realiza una descripción de la figura materna caracterizándola como demandantes, insatisfechas en función del vínculo con el hombre (esposo), se sienten permanentemente angustiadas y esperan que “alguien” se haga cargo de resolver su ansiedad. Depende de su hijo y su hijo depende de ella, aunque el autor explica que éste no es un sujeto de amor sino objeto de necesidad. Intrapsíquicamente están preocupadas por ellas mismas, en la mayoría de los casos esto les es totalmente inconsciente.

No los educan en lo profundo, es decir, en su independización, autonomía, autoestima, y ejercicio de la responsabilidad, por dos grandes razones: por un lado porque no sabrían cómo hacerlo, y por el otro porque inconscientemente prefieren mantener a su hijo dependiendo de ellas. Este hijo se va constituyendo como un objeto, no llega a construirse como un sujeto.

Estas madres inconscientemente generan culpa, lástima, confusión, etc., y encuentran grandes dificultades a la hora de poner límites; se evidencia la sobreprotección y la desvalorización hacia el padre. El autor caracteriza a las madres

como: impulsiva, hostil, invasora, manejadora, ambivalente, autorreferente, subestimadora, depresiva y sobreprotectora. Con respecto a la función paterna, si bien en nuestra cultura la ejerce principalmente el padre no es exclusivo de él. No tiene que existir físicamente un padre concreto sino que la figura de la madre tiene que mirar a otro para que su hijo/a no sea el único destinatario de su satisfacción y valoración. Esta función la puede cumplir un tío, vecino, abuelo/a, etc. En caso de que exista un padre que desempeñe la función paterna, es necesario que la madre no desvalorice ni desautorice a éste, ya que de lo contrario, el corte no se realiza exitosamente.

En el marco del ejercicio de la función paterna, el autor expone el proceso de "individuación psicológica". Éste consiste en limitar su función al aporte de herramientas psicológicas y culturales para que el niño, confiando en sí mismo, pueda separarse de su madre y salir al mundo en forma exitosa.

Haciendo referencia ahora al *perfil extrapsíquico,* el autor define a la drogadependencia como una "patología de límites". Poner límites no siempre implica prohibir o impedir hacer algo ni tampoco obligar a realizarlo.

Poner límites es más asociable a contener, orientar, promover, persuadir, guiar. El "No" es necesario por más doloroso que sea, a la hora de poner límites se debe tener en claro el por qué, elegir el límite, acordar entre progenitores, prever la trasgresión, ser claro y profundo.

También nos parece importante mencionar en este punto, lo desarrollado por la Lic. Viviana Ibañez Toloza sobre los límites. Explica que "el límite es una definición clara acerca del lugar que debe ocupar una persona, y requiere por ello un seguimiento de su cumplimiento y de una sanción en caso de infracción a la norma familiar de

convivencia. No hay límite si solamente hay una definición de ellos y luego no aparece el seguimiento correspondiente y la sanción después. En muchas ocasiones los padres no pueden sancionar. En tal sentido el límite no existe, el límite no es más ni menos que la norma familiar de convivencia, y la construye cada familia de acuerdo a sus valores principios, cultura, etc. No existe una norma única sino tantas como familias hay." [19]

Siguiendo con nuestra investigación bibliográfica**,** Mario Puentes también menciona otras características vinculares como la fisura entre los progenitores (conflicto conyugal), los acuerdos negativos entre los subsistemas (es frecuente observar alianzas negativas entre un progenitor y el hijo contra el otro progenitor), dificultades comunicacionales, entre otras.

[19] Ibañez Toloza, Viviana "¿Qué es Poner Límites?" Revista Ser, Vol. 7, Pág. 13 Mar del Plata, 1997.

2.2: Comunicación familiar

Las relaciones entre las personas se establecen a partir de su interacción (secuencia de acciones recíprocas). Un conjunto de personas se constituye como un grupo solo a través de procesos interaccionales. El vehículo de la interacción es la comunicación, entendida ésta como intercambios de mensajes, de significados referidos tanto al lenguaje verbal como al verbal no lingüístico (tono, ritmo) y al no verbal (gestos, postura corporal, contexto).

Todos los hechos de la vida de un grupo pueden ser estudiados a partir de las comunicaciones intercambiadas en él. A través de la comunicación se pueden hacer reajustes en las relaciones, reforzar y mantener la cohesión social. La observación de la interacción y/o la comprensión de la comunicación, permitirá el acceso a lo que acontece en su interior y en el interior de los sujetos que lo componen.

Pero si además de comprender el acontecer grupal queremos intervenir en él, operar sobre el campo interaccional, el tener en cuenta el proceso de formación del código común, el nivel de claridad o confusión de los mensajes, las secuencias comunicacionales, nos permitirá la intervención.

"Un proceso de comunicación bien logrado consiste en la correcta transmisión de la información y ejerce sobre el receptor el efecto apetecido. La confusión, por el contrario, es consecuencia de la comunicación defectuosa y deja al receptor sumido en la incertidumbre o la falsa comprensión".[20]

[20] Watzlawick, P. "¿Es Real la Realidad?" Ed. Herder, Barcelona, 2009.

En las relaciones entre las personas se facilita y mejora la convivencia cuando se logra un grado máximo de comprensión y un grado mínimo de confusión. Para poder trabajar en el sentido de esclarecer la comunicación, se deben tener bien discriminadas las condiciones que diferencian un estilo de comunicación claro de uno confuso.

Consideramos pertinente exponer la caracterización que realiza Marta Manigot acerca de los diferentes tipos de comunicación:

1) “Comunicación confusa”:

- Mensajes incompletos: el receptor debe completar el mensaje

- Mensajes poco explícitos o sugerentes

- Pedidos encubiertos

- Contradicción entre mensajes

- Confusión entre diferencias en el contenido con diferencias a nivel de la relación: el desacuerdo que surge no es entendido como consecuencia de ser personas diferentes sino como falta de afecto o agresión.

- El no tener en cuenta que mensaje emitido no implica necesariamente mensaje recibido.

- La impermeabilidad frente al feed-back: desatención del emisor sobre los indicios que le da el receptor acerca de la correcta recepción de su mensaje.

2) “Comunicación clara”:

- Completa

- Explícita

- Directa

- Congruente

- Diferencia contenido de relación: acepta la existencia de desacuerdos y diferentes opiniones y reconoce esto como una posibilidad de enriquecimiento.

Algunas de las formas que puede adquirir la comunicación según sus secuencias son:

1- “Radial centrípeta”: todos contra uno.

2- “Radial centrífuga”: de uno hacia los otros

3- “Monopolio de la comunicación”: puede darse de parte de un integrante (monólogo), entre dos integrantes o subgrupos (diálogo).

4- “Comunicación desordenada”: mensajes yuxtapuestos, todos con todos simultáneamente o diálogos superpuestos.

5- “Transacciones incompletas”: secuencias de comunicación que quedan cortadas, interrumpidas, sin definición y que van dejando a nivel de las relaciones o a nivel de la temática múltiples puntas abiertas sin resolución.

Watzlawick en el desarrollo que realiza sobre la comunicación humana, afirma que toda conducta es comunicación, un conducto fluido y multifacético de muchos modos de conducta (verbal, tonal, postural, contextual, etc.) los cuales limitan el

significado de los otros. El interés de este autor está centrado en el efecto pragmático de tales combinaciones en las situaciones interpersonales. Enuncia 5 axiomas de la comunicación:

1) No es posible no comunicar: expresándolo de un modo más simple, es imposible no comportarse. Toda conducta tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación.

2) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional: no solo transmite comunicación sino también conducta.

3) La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de comunicación de los comunicantes:

4) Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente: el lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica, compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación. El lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5) Todos los intercambios comunicacionales son simétricos y complementarios según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

De esta manera, el autor explica que la comunicación es una condición sine qua non de la vida humana y el orden social; es fundamental considerar a la comunicación como un proceso de interacción.

“Podemos hablar de dos tipos de comunicación familiar: por un lado la comunicación digital constituida por todo aquello que se dice con palabras o mediante

un dibujo; en ella no existe similitud entre el objeto expresado y su nombre. Por otro lado, la comunicación analógica es la no verbal como por ejemplo el tono de voz o los gestos; tiene sus raíces mucho más profundamente en la evolución, y se asemeja lo que se expresa con cómo se lo expresa. Es fundamental registrar cuáles son los canales de comunicación utilizados en la familia"[21]; en la familia del adicto muchas veces las madres funcionan como "portadoras" o "portavoces" de la información familiar, y en general hay una gran incongruencia entre la comunicación analógica y la digital.

Mario Puentes en su explicación acerca del perfil extrapsíquico de la familia, menciona dentro de las dificultades comunicacionales a las siguientes:

- "Comunicación radial": como la rueda de una bicicleta, toda la información pasa por el centro, sobrecargando a la madre y empobreciendo los vínculos del resto de la familia. Una comunicación sana debe ser circular en donde todos los miembros se comunican entre sí indistintamente.

- Secretos: existen hechos de los que todos tienen conocimiento pero está prohibido hablar. Operan destruyendo la trama de confianza desde la base de los vínculos.

- "Circularidad de lo obvio": cada miembro de la familia da como supuesto que lo que él siente o le pasa es sabido por los demás, que es obvio lo que quiere o necesita. Desconocen que lo obvio en las relaciones humanas no existe, que nada es obvio en lo vincular.

[21] Dorado, Guillermo "Actualización en Adicciones II" Ed. Gabas, Buenos Aires, 2002.

De esta manera, y luego de analizar el material teórico aquí expuesto, se puede mencionar que parte de las intervenciones del trabajador social con las familias, tienen como objetivo intentar facilitar la organización de los elementos ayudando a despejar malentendidos y sobreentendidos para lograr una comunicación clara; reflexionar acerca del establecimiento de los límites y el ordenamiento de la vida familiar.

2.3: Trabajo Social y Familia

Según el Código de Ética, El Trabajo Social está basado en principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos. “Considera al ser humano en su dimensión integral y en consonancia, asume un compromiso activo acompañando los cambios sociales que permiten dignificar la condición humana. A través de una lectura crítica de la realidad y de una metodología sistematizada, debe ayudar a impulsar el proceso transformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana”. [22]

El trabajo social se define según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) como la profesión "(…) que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social (…)".[23]

Es pertinente considerar lo establecido en el artículo 4 de la Ley Nacional N° 23.377, sobre el ejercicio de la profesión del Trabajo Social o Servicio Social, así como

[22] Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires “Código de Ética Profesional” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

[23] Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW), 2000.

también el artículo 2 de la Ley provincial de Trabajo Social N°10.751 del Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, los cuales exponen: "Considérese ejercicio profesional de trabajo social a la actividad esencialmente educativa de carácter promocional, preventivo y asistencial destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como aquellas situaciones cuyos involucrados requieren solo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales. La actividad profesional tiende al logro, en los aspectos que le competen, de una mejor calidad de vida de la población contribuyendo a afianzar en ella un proceso socioeducativo.

Asimismo considérese ejercicio profesional del servicio social o trabajo social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia."[24]

Un aspecto relevante de nuestro ejercicio profesional que, en el marco de esta investigación no puede dejar de mencionarse, es el aspecto educativo. El mismo se identifica con la oportunidad de favorecer las claves de un conocimiento que les permita a los sujetos adquirir autonomía. Sobre las incumbencias profesionales, se establece que las acciones del profesional en Servicio Social pueden desarrollarse a nivel familiar, grupal y comunitario tanto en niveles de promoción, asistencia o

[24] Ley Nacional sobre el Ejercicio de la Profesión del Trabajo Social o Servicio Social N°23.377 Sancionada el 18 de Septiembre de 1986, Promulgada el 17 de Octubre de 1986 y Publicada en el Boletín Oficial el 13 de Febrero de 1987. Decreto Reglamentario N° 1568/88.

rehabilitación. Estas acciones deberán estar centradas en mejorar los sistemas de relación y comunicación, así como también capacitar y orientar a los individuos, grupos y comunidades para la utilización de sus propios recursos en la satisfacción de sus necesidades.

De esta manera haciendo referencia al proceso de intervención, característico del ejercicio de nuestra profesión, consideramos pertinente exponer la teoría de Carlos Eroles: “Intervenir, del latín “interventio”, significa “venir entre”, “interponerse”; siendo en su uso más corriente sinónimo de mediación, intercesión, de buenos oficios, de ayuda, apoyo y cooperación. También puede asociarse a intromisión, injerencia o intrusión. Una intervención aparece en general como el acto de un tercero que sobreviene con relación a un estado pre-existente”. [25]

“Dado que se trata de un proceso constituido por un conjunto de actos, la intervención implica siempre acción, es decir, conciencia y transformación de la realidad; tales objetos de la conciencia se construyen a través de las vivencias y experiencias. Toda acción supone la existencia de un diálogo, su producto es real cuando hay una transformación en acto pero su resultado es también ideal en la medida en que toda acción es pensada, anticipada mediante el proyecto. Lo que media entre la idea, el proyecto y el acto es la voluntad manifestada en la decisión; de todas maneras, y aún no convertida en acto, es intervención porque es expresada intencionada de cambio”.[26]

Sin embargo, este mismo autor, hace una distinción entre intervención e

[25] Eroles, Carlos “Glosario de Temas Fundamentales en Trabajo Social” Editorial Espacio, Buenos Aires 2005

[26] Ídem cita 25.

intervención profesional. Con respecto a esta última, explica que exige determinadas competencias dado que no se trata de actos espontáneos ni azarosos. Tales competencias no implican sólo técnicas-operativas sino que también incluyen competencias teóricas que fundamentan las acciones instrumentales, y ético-políticas. La intervención se manifiesta a través de sus resultados o productos pero se define esencialmente por el proceso de trabajo y la finalidad.

En el abordaje del desarrollo de este concepto, es de fundamental importancia citar la teoría metodológica de Cristina De Robertis en donde se explica que las formas de intervención pueden ser numerosas y variadas: lo esencial es determinar a partir de qué elementos se efectúa la selección de tal o cual tipo de intervención. El trabajador social efectuará esta selección según su comprensión de la situación del usuario y de las hipótesis que plantee a medida que transcurre el proceso de trabajo. Las diferentes intervenciones se entremezclan y superponen.

Esta autora divide a las intervenciones en directas e indirectas:

- “Intervención directa: son las que tienen lugar en la relación frente a frente entre el Trabajador Social y el usuario; ambos están presentes y son actores. Hay seis grandes tipos: 1) clarificar-apoyar, 2) informar-educar, 3) influir-persuadir,4) controlar-ejercer la autoridad, 5) poner en relación-crear nuevas oportunidades, y 6) estructurar una relación de trabajo con el usuario.
- Intervenciones indirectas: son las que tienen lugar en ausencia del usuario; solo el trabajador social es actor y el usuario es beneficiario. Existen cinco grandes tipos: 1) la organización y la documentación, 2) la programación y la planificación de acciones directas, 3) la intervención en el entorno del usuario,

4) la colaboración entre trabajadores sociales, y 5) las intervenciones a nivel de los organismos sociales".[27]

Por otra parte, Margarita Rozas Pagaza, en su libro "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social" plantea que "la comprensión del sobre qué, el para qué, el cómo y con quién de la intervención profesional, solo pueden ser analizados en la medida que estén sustentados teórica y prácticamente. Teóricamente, porque partimos del supuesto que toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guíen el accionar profesional. Prácticamente, porque el trabajador no solo piensa, sino también actúa; por ello, pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional. La intervención toma como punto de partida que ella se conforma en el desarrollo de los procesos sociales reproducidos cotidianamente".[28]

A partir de la experiencia vivenciada durante nuestra práctica pre profesional, y tomando como referencia la teoría de Mary Richmond acerca del caso social individualizado[29], se puede reconocer que si dejamos de lado los problemas que crean las variaciones de las condiciones sociales, el comienzo de la prudencia consistirá en reconocer que ningún programa uniforme de acción puede aplicarse con éxito a todos los miembros de un grupo porque estos son esencialmente diferentes unos de otros.

---

[27] De Robertis, Cristina "Metodología de la Intervención en Trabajo Social", Ed. Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2006.

[28] Rozas Pagazza, Margarita "Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2002.

[29] Richmond, Mery "Caso Social Individual" Ed. Talasa, 1995

Intervenciones del Trabajador Social con familias

Adhiriendo al aporte que Liliana Barg realiza sobre las intervenciones con familias, una de las cuestiones esenciales que plantea es evitar escindir el objeto de conocimiento con el de intervención para no crear un vacío entre las preocupaciones de orden teórico y las de orden práctico. Otra cuestión a tener en cuenta según la autora es que la comprensión de la "demanda" o el "problema" construido a partir solo de datos, empobrece la capacidad de reflexión. La forma de comprender la esencia de lo que sucede en una familia es a partir de la idea de que la realidad no se presenta en forma transparente, hay que develarla.

"(…) la intervención familiar está apoyada en un proceso de investigación que remite necesariamente a las consideraciones teóricas y conceptuales a las cuales el profesional adhiere y las que el sujeto de la intervención posee (…) El contenido básico de la dirección de la intervención familiar es identificar la organización familiar, los aspectos saludables y sanos y problemas, las situaciones de crisis y de ruptura. Hay que descubrir los recursos vinculares que poseen sus miembros, explícitos o no, los momentos y circunstancias en los que pudieron superar conflictos, descubriendo las interrelaciones entre los fenómenos y variables con la trama social (…)". [30]

Para trabajar con familias es importante hacerlo con estrategias anticipatorias que permitan imaginar distintas etapas de la vida porque la misma evolución va cambiando las conductas según el momento que se esté transitando. Es importante

[30] Barg, Liliana "La Intervención con Familia" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2010.

descubrir los aspectos saludables, reforzarlos y apoyarse en ellos. Fortalecer a las familias para que eduquen a sus hijos dentro de una dependencia saludable.

Es posible el acompañamiento de las familias desde una perspectiva diferente. Si contribuimos a consolidar relaciones familiares más participativas y democráticas, los miembros de la familia podrán tomar decisiones autónomas, basadas en un proceso de entendimiento y conocimiento sostenido en sus propios valores y creencias. La mayor contribución para acompañar a una familia es apoyarse en sus propios recursos internos, en sus aspectos saludables y en las estrategias de vida para que se protejan en las distintas etapas de evolución de sus miembros, lo que disminuirá los problemas y conflictos del futuro.

Continuando con este mismo lineamiento teórico, es necesario tomar conciencia de que no todos los problemas podrán ser solucionados, esto dependerá de la organización familiar en determinado momento histórico y de los condicionamientos a los que está sometido el grupo familiar y el profesional en relación a la institución donde está inserto.

Un trabajador social que interviene con familias no debe tomar a la familia aisladamente ya que los problemas individuales y familiares son expresión de lo social. La intervención con familia como cualquier otra tiene que ser planificada; entender al sujeto de la intervención como actor, como sujeto de derecho. Del mismo modo la autora mencionada con anterioridad, afirma que “al estudiar e indagar cada familia es posible reconstruir y recuperar su trayectoria, descubriendo históricamente cómo han ido construyendo y resolviendo sus problemáticas. Si bien las situaciones de

emergencias de las familias son comunes, debemos considerarlas en forma singular".[31]

"(…) desde el origen mismo del Trabajo Social, existen antecedentes que hacen referencia al hacer profesional del Trabajador Social con familias (…) El Trabajo Social se ocupa en materia del funcionamiento de las familias interviniendo en el mejoramiento de su dinámica (…)".[32]

Adherimos a la definición que aportan Donoso y Saldías "El trabajo social familiar es una forma especializada de trabajo social que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, considerando el contexto en el cual ella está inserta. A través de este se pretende atender los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar; generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, los de la familia y las redes sociales"[33]

El Trabajo Social familiar estaría centrado en las relaciones familiares. La utilización del término familia no está limitada a las relaciones de parentesco, sino que comprende a todas aquellas personas que han mantenido o mantienen un vínculo relevante con el sujeto. "Se trabaja con la familia para:

- Realizar un estudio de su problemática socio familiar que pudiera estar coadyuvando a la patología del paciente.
- Efectuar un análisis de las relaciones familiares con el sujeto

[31] Ídem cita 30.

[32] Aroyo Rueda, María Concepción "Trabajo Social y Terapia Familiar: un binomio en la intervención profesional" en Calvo, Liliana "Trabajo Social Familiar" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2013.

[33] Donoso, M.P y Saldías P. "Modelo de Intervención para el TS Familiar", Universidad Católica Blas Cañas, Santiago de Chile, 1998.

- Orientación mediante técnicas de clarificación con los miembros intervinientes con el objetivo de alcanzar niveles más armónicos de convivencia y un mayor grado de equilibrio
- Atenuar ansiedades del grupo familiar
- Orienta para encontrar soluciones
- Reflexionar acerca de la problemática familiar (conciencia de enfermedad)
- Analizar la relación matrimonial y los vínculos en la comunicación
- Esclarecer función materna y paterna
- Orientar la relación vincular con los hijos”[34]

Los trabajadores sociales deben mantenerse en estrecho contacto con la familia para recabar información necesaria para el equipo tratante así como también para orientar y apoyar a la familia.

El trabajo con la red social es fundamental para conocer los distintos factores que confluyen en la determinación de esa situación en la cual debemos intervenir. A partir de esto, se logra realizar un diagnóstico situacional que permite evaluar la interacción del paciente con los diversos contextos. La familia es la unidad privilegiada para el Trabajo Social pues en ella confluye todo lo que acontece en la sociedad.

En consonancia con lo planteado hasta aquí, la adicción ya no puede pensarse como responsabilidad del sujeto; se presenta como una dolencia humana vinculada, entre otras cosas, a cambios sociales. Es una denuncia de que algo está mal no solo en el sujeto que lo manifiesta, sino también en todo lo que se relaciona con él y de lo

[34] Casamayor, Adriana y Marchesoni, Cristina “Salud Mental Infanto Juvenil” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2005.

que el paciente depende; por eso es importante tratar al paciente considerando a su familia con su historia y relaciones.

"La locura denuncia que algo anda mal, y si eso no es solamente algo propio del sujeto que la presenta, tiene que ver con el marco humano y relacional. El paciente psiquiátrico es el portavoz del sistema que lo contiene; por esto, tratar al paciente separado de su familia es tan inútil como ignorar el proceso histórico social que llevó a la situación de consulta"[35]

[35] Ídem cita 34.

Segunda Parte:

Salud Mental y Adicción

Según la OMS la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”[1].

Partiendo de considerar el proceso de salud y enfermedad como una construcción social, se considera que la salud mental está estrechamente vinculada a los derechos de trabajo, vivienda, educación, y a un medio ambiente saludable.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, establece que la calidad de vida de los sujetos está asociada a la salud mental, proponiendo una intervención interdisciplinaria y reservando la internación únicamente cuando no sean posibles otros abordajes.

Esta misma Ley, en su artículo 3: reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los DDHH y sociales de toda persona. Así también el artículo 4 menciona que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental reconociendo que las personas con uso problemático de drogas tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente. La ley logra incorporar al adicto como paciente siendo obligatorio su reconocimiento, por todos los integrantes del sistema de salud permitiendo el acceso del adicto al mismo

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS), Publicación 2013 < www.wo.int/es>

sin restricciones.

Queda plasmado así que la adicción es incluida en la esfera de padecimiento mental y deja de lado el prejuicio inherente de esta problemática asociada a la delincuencia. Este cambio en la concepción de la adicción, habla de focalizar la atención sobre el factor social que incide en ellas.

En su artículo 8 establece que: “Debe promoverse que la atención en Salud Mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros profesionales capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”[2]

Dentro de este nuevo paradigma de la complejidad, para alcanzar el completo bienestar físico-psíquico-social y espiritual las personas deben ser capaces de: identificar sus necesidades, realizar sus aspiraciones y hacer frente a las demandas del medio. Consideramos que existe una gran diversidad de variables que intervienen en el fenómeno adictivo; por eso resulta necesario posicionarnos desde el pensamiento complejo que plantea Edgar Morin. En el pensamiento complejo se plantea la heterogeneidad, la interacción, el azar; todo objeto de conocimiento, cualquiera que él sea, no se puede estudiar en sí mismo sino en relación con su entorno, precisamente por esto toda realidad es sistema, por estar en relación con su entorno.

El pensamiento complejo nos permite una nueva manera de pensar lo social, relacionando el consumo problemático de drogas a distintas variables tales como: baja

[2] Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada el 25 de Noviembre de 2010, promulgada el 2 de Diciembre de 2010, Boletín Oficial 3 de Diciembre de 2010, Decreto Reglamentario 603/2013.

tolerancia a la frustración, fragilidad afectiva, impulsividad, rasgos de baja autoestima, manipulación, estigma y rechazo, pérdida de facultades yoicas y de relación, vivencia social de marginación, deterioro de los vínculos afectivos, sociales y terapéuticos, deterioro físico y psicológico.

Dado que los sujetos no son todos iguales debemos trabajar a partir de la singularidad de su historia de vida y de su posibilidad de construcción crítico-reflexiva. Considerando esto y todo lo anteriormente expuesto, como trabajadores sociales, debemos posicionarnos desde la heterogeneidad de lo social.

Adicciones

Eduardo Kalina en su libro “Adicciones: aportes para la clínica y la terapéutica”, plantea que la palabra “adicto” remite a la antigua Roma, en donde cuando un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como adicto, es decir, como esclavo. De este modo salía de su condición de deudor, entregando su libertad como pago. Por otra parte plantea que para entender a un adicto hay que invertir el sentido de nuestro pensamiento: en su búsqueda de placer se daña, en su búsqueda por encontrarle sentido a su vida, se mata; en su afán de independencia se vuelve esclavo buscando liberarse de los vínculos simbióticos humanos no resueltos con sus objetos primarios, ya sea la familia o sus equivalentes, se procura una simbiosis química.

Por su parte, Alfonso De Nicola y Guillermo Dorado en su libro “Actualización en

adicciones II" plantean que "adicto proviene del latín "ADDICTUS", derivado de "DICERE" que significa "decir". La palabra a-dicto sería lo "no dicho" refleja esa particularidad de una relación donde no hay mediación ni palabra."[3]

Habiendo conceptualizado el término "adicción", es válido hacer referencia a que dentro de los patrones de consumo, hay diferentes niveles de compromiso con la sustancia: el uso, como el consumo ocasional de sustancias psicoactivas que no genera complicaciones de salud graves. El abuso o uso nocivo indica un consumo regular y excesivo susceptible de provocar daños físicos, afectivos, psicológicos, familiares y sociales, tanto para el consumidor como para el entorno. Y, la dependencia o adicción, se produce cuando no se puede dejar de consumir una sustancia psicoactiva, la interrupción genera sufrimiento físico y psicológico, y todo el estilo de vida gira en torno a la siguiente dosis.

Considerando que Proyecto Be, institución en la que se enmarcó esta investigación tiene un lineamiento psicoanalítico, creemos pertinente exponer que para el pensamiento psicoanalítico, el fenómeno de la "adicción", y la cuestión del consumo de sustancias tóxicas son dos problemáticas diferentes: ni la adicción es siempre a un químico tóxico, ni la ingesta tóxica implica siempre a la adicción.

Las adicciones no se explican por la sustancia u objeto al que se fija la satisfacción, sino por la operación inconsciente que las determina. La especificidad de los efectos de una sustancia, y hasta su propiedad adictiva, dependen de un factor subjetivo: para que un objeto adquiera una propiedad "adictógena" se requiere de algo más que su cualidad química: requiere del desplazamiento significante por el cual dicho

[3] De Nicola, Alfonso y Dorado, Guillermo "Actualización en Adicciones II" Ed. Gabas, Buenos Aires, 2002.

objeto pasa a ocupar un lugar en el deseo “de otra cosa” del sujeto. El problema no está en el objeto (droga) sino en el modo en el que el sujeto se vincula con dicho objeto con el fin de vérselas con su sufrimiento, no como logro de satisfacción, no lo hace más feliz, sino como forma de calmar el dolor”. [4]

Entonces, la adicción es un estado progresivo de deterioro de diferentes capacidades y áreas de funcionamiento personal y/o grupal, con pérdida de la autonomía frente a la interrupción o desaparición de la sustancia que lo motivó.

Es esencial comprender el fenómeno de las adicciones en su complejidad y utilizar para su tratamiento caminos que lleven a entender sus motivos, su sentido, que muchas veces está relacionado con la imposibilidad de enfrentar angustias que no se sabe cómo resolver.

Los sujetos con consumo problemático de sustancias generalmente carecen de conciencia de enfermedad, la consulta por los desajustes ocasionados por su comportamiento no viene de ellos sino de familiares o de su entorno. En muchos casos perciben a la sustancia como una solución más que como un problema; minimizan los problemas que acarrea el consumo en su vida diaria.

No creen en el valor terapéutico de la palabra, buscan tener resultados en forma inmediata. Se aíslan, rompen lazos familiares y sociales. Se observa que por más desarrollo que muestre el sujeto en ciertas áreas de su vida, en otras es evidente un vacío representacional que trata de recomponerse con el consumo de la sustancia.

[4] López, Héctor “Las Adicciones, sus Fundamentos Clínicos” Ed. Lazos, Buenos Aires, 2003.

2.4: Equipos Interdisciplinarios

Según Luppi, “un equipo es un número reducido de personas con conocimientos y/o habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, fijan sus objetivos de desempeño y acuerdan el enfoque para su consecución, por todo lo cual se reconocen a sí mismos como mutuamente responsables”.[5]

Se considera equipo de salud a todos los grupos formados con ese objetivo ya sea para actividad comunitaria, generalmente grupos de acción preventiva, o para acciones más internas en los servicios de salud (ministerios, hospitales, centros y puestos). La práctica de un equipo es un redescubrimiento cotidiano de las posibilidades del trabajo; reelabora sucesivamente las tareas y las interrelaciones personales. La interacción suministra informaciones y perspectivas imposibles de ser obtenidas individualmente, destacando las reinterpretaciones sobre hechos, que los esquemas profesionales de los miembros dejan pasar inadvertidos o juzgan con otra relevancia. Para fortalecer el espíritu de equipo, la reflexión, el debate, el enfrentamiento de experiencias y de expectativas, debe siempre recurrir a propuestas de cooperación y ayuda mutua.

La constitución de los equipos se fundamenta en el reconocimiento de potencialidades individuales y colectivas, y en la adhesión del grupo, por la posibilidad real del uso de las habilidades individuales. Se consideran las habilidades, los talentos y los intereses individuales en la misma distribución del trabajo. La conquista de la

[5] Luppi, C. “Prepararse para el Trabajo en Equipo” Publicado en <www.hfainstein.com.ar/articu_frm.html>

visión de objetivos comunes y el reconocimiento de las habilidades mutuas, ayudan en la solución de problemas y conflictos en el propio grupo.

De los equipos de salud se esperan desempeños que no son posibles para sus miembros aisladamente. Los objetivos o intenciones de los equipos son diferentes a las de sus miembros, incluso son diferentes a la suma de los de sus miembros. Cuanto más unido el grupo, mejores resultados produce y mejor es la calidad de la información que manejan sus miembros. Mantener unido y cohesionado el grupo o equipo requiere que éste tenga un tamaño que permita la interacción cara a cara y que exista la posibilidad de desarrollar actividades colectivas que puedan estar soportadas en espacios de encuentro periódico en los cuales se reflexione en conjunto sobre los problemas a resolver y las estrategias a desarrollar para abordarlos.

Sin personas no hay noción de equipo, estas personas se articulan en una compleja trama de interrelaciones que incluyen los vínculos interpersonales, la cadena de mandos organizacional, el contexto, la historia individual, etc. En la esencia del equipo está la búsqueda de resultados.

Luppi destaca que "equipo es un número reducido de personas con conocimientos y/o habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, fijan sus resultados esperados y acuerdan una estrategia para alcanzarlos, asumiendo la responsabilidad de su logro en forma conjunta.

En síntesis, "(…) lo que caracteriza y define a los equipos es la presencia de:

- un conjunto de personas con conocimientos y habilidades complementarias

- el establecimiento de objetivos con definición de niveles de logro esperados

- el desarrollo de estrategias para alcanzarlos

- la presencia de una tarea en la que esta estrategia se desarrolla

- el desarrollo concomitante de sentimientos y valores que vinculan el conjunto de personas que conforman el equipo”. [6]

Si bien los equipos son más que la suma de sus integrantes, también son una combinación de las capacidades de sus integrantes. Por lo tanto, su desempeño no solo se relaciona con las condiciones de trabajo y las estrategias que el equipo se da para realizar la tarea, sino con las competencias de los integrantes y la forma en que desempeñan sus tareas.

Los miembros del equipo de salud tienen diferentes saberes. Algunos de ellos son profesionales formados en medicina, psicología, trabajo social, antropología, etc. La formación que éstos han recibido no es homóloga, el modo de pensar, de analizar un problema y de diseñar una estrategia de intervención es diferente entre ellos, fuertemente es diferente entre los profesionales formados en ciencias sociales y humanas y en ciencias médicas. Sin embargo algunos problemas son comunes a todas las profesiones, el dilema de cómo resolver problemas prácticos (problemas que se presentan en la realidad) utilizando los conceptos teóricos y los instrumentos en y con los que han sido formados la mayor parte de los profesionales. Para poder comprender y abordar las problemáticas actuales sociosanitarias de la manera más integral posible, es imprescindible el funcionamiento en equipo, que por un lado enriquece a la percepción individual, y por otro aporta más herramientas para la transformación

[6] Ídem cita 5.

debido a los distintos perfiles profesionales o experiencias individuales.

En la actualidad se da por supuesta la conformación pluridisciplinar de los equipos profesionales que trabajan en los Centros de Salud; esto es, asegurar la presencia de diversas profesiones. De este modo se supone sumar diversas miradas, diversos objetos de estudio, diversas modalidades de análisis de los problemas, diversos modelos de intervención y práctica y garantizar mejor el acceso a la salud por parte de la población. El objetivo es abarcar, comprender y finalmente actuar sobre una realidad compleja que aparece con caracteres multifacéticos y multideterminados. Representa un esfuerzo de los profesionales por tratar de dejar atrás la mirada sobre la unidad u objeto de análisis disciplinar, para adoptar un encuadre teórico que permita tratar la realidad tal como ésta se presenta. El significado de los términos que suelen utilizarse para nombrar la reunión de disciplinas alrededor de un problema no es unívoco.

Según lo expresado por Salazar Fernández, a quien adherimos, se define a la interdisciplina como "el encuentro y cooperación entre dos o más disciplinas, donde cada una de ellas aporta sus esquemas conceptuales, formas de definir problemas y métodos de integración"[7]. Otros criterios lo expresan como la *reunión de conocimientos, métodos, recursos y habilidades* desarrolladas por especialistas de diferentes disciplinas en el estudio de cierto objeto común para estas.

La interdisciplinariedad no es una mera relación entre disciplinas sino interrelaciones que generan síntesis. La interdisciplinariedad comprende una forma

[7] Salazar Fernández, D. "La Interdisciplina como Tendencia del Desarrollo Científico" En http://bdigital.edusol.rim.edu.cu,2003.

particular del trabajo científico como proceso de relaciones en el que está presente una disposición de cooperación entre los especialistas que han madurado en sus propias disciplinas particulares y buscan enriquecer sus aportes; lo que implica el reconocimiento de la complejidad de los problemas y la necesidad de las interrelaciones entre las disciplinas implicadas para su solución. Por esta particularidad es considerada la interdisciplinariedad como "una filosofía de trabajo que se pone de manifiesto a la hora de abordar los problemas y cuestiones de la sociedad"[8]. La interdisciplinariedad no reduce unas disciplinas a otras sino que las relaciona para enriquecer sus aportes; requiriendo respeto recíproco, tolerancia y cooperación.

N. Elichiry considera que "los problemas" no tienen fronteras disciplinarias y que los límites de cada disciplina no están fijos y determinados para siempre. La interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente sino que es contradictoria. En este sentido la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro.

"La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc. (…) Al incluir el vocablo inter, lo ubicamos como nexo del cual se espera una cierta totalidad. En este nivel de articulación interdisciplinaria, cada disciplina es

[8] Jurjos Torres en "Los Equipos de Salud como Equipos Interdisciplinarios" Posgrado de Salud Comunitaria, Módulo 8, Ministerio de Salud de la Nación, 2005.

importante en su función, en su individualidad. El sistema funciona si cada disciplina desempeña su función individualmente pero no independientemente". [9]

Entre la diversidad de autores citados, hay algunos puntos en común: el concepto de interdisciplina surge en un intento de superar los límites estrechos que cada disciplina impone al análisis de los problemas al abordar la realidad desde un objeto de estudio recortado, campos teóricos prefijados y con metodología fuertemente influidas por la ciencia positivista.

Otro concepto central en el desarrollo de la interdisciplina es el de problema. Se considera "problema" a un fenómeno de la realidad que no se agota ni se explica con la mirada disciplinar y que no responde a leyes causales desarrolladas por disciplina alguna. El abordaje del problema como expresión de una demanda social reclama un modo original de trabajar conjuntamente por parte de las disciplinas.

R. García, haciendo referencia a los equipos interdisciplinarios, explica que "(…) la integración debe realizarse no sólo a nivel de las disciplinas sino de los miembros del equipo, porque el saber no basta para poder hacer; la interdisciplina tiene que ver con aperturas conceptuales más que con voluntades. Se juegan no sólo identidades profesionales sino también personales".[10]

La cooperación orgánica entre los miembros del equipo es básica. Existen además otros prerrequisitos complementarios para que la interdisciplina sea tal:

---

[9] Elichiry Nora "Importancia de la Articulación Interdisciplinaria para el Desarrollo de Metodologías Transdisciplinarias" en "El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio" comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

[10] García, Rolando "Dialéctica de la Integración en la Investigación Interdisciplinaria" Ponencia presentada en las cuartas Jornadas de Atención Primaria de la Salud y Primeras de Medicina Social, Buenos Aires, 1990.

- Trabajo en equipo

- Intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada. El encuentro fortuito entre las mismas no es interdisciplina.

- Flexibilidad: sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo

- Cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión del equipo. Una cooperación ocasional no es interdisciplina.

- Reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas, la reciprocidad lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc.

Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder, y por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. La primera tarea de construcción inter-saberes que desafían estos equipos es, obviamente, la formulación del programa a desarrollar y de sus objetivos.

Para practicar la interdisciplinariedad, deben darse ciertas condiciones: los miembros de los equipos de trabajo deben tener frecuentemente oportunidades para:

- revisar y tomar conciencia de los propios prejuicios, ideologías y creencias

- desarrollar una autocrítica de los lugares de poder y de los lugares de saber absoluto.

- analizar las variables personales, grupales e institucionales y las identificaciones con los modelos formativos propios

- admitir que el conocimiento también se encuentra en permanente proceso de cambio, reconociendo la parcialidad y provisoriedad del mismo

- proponerse y lograr flexibilizar los límites de las disciplinas y sostener la cooperación a pesar de las disidencias

- desarrollar actitudes y miradas descentradas, tolerando la incertidumbre, la indefinición

- plantearse analizar problemas y no encontrar diagnósticos.

Según “Grupo Red”, “Interdisciplina es la relación recíproca, interpenetrada de unas u otras disciplinas en torno a un mismo sujeto/objeto; se produce en los niveles teórico-prácticos cuando hay coordinación y sobretodo interacción de los conocimientos de los representantes de las distintas disciplinas en relación con algún fenómeno concreto. Conjuntamente con la transdisciplina forman una fertilización cruzada de métodos y conocimientos sectoriales en pos de una integración ampliada

del saber; existe modificación recíproca de las disciplinas. Es un trabajo de equipo grupal con coordinación centralizada". [11]

En el análisis realizado por Otero, Alonso Sainz y otros en "Ley Nacional de Salud Mental N°26657 Comentarios Interidsciplinarios"[12], el equipo interdisciplinario en Salud Mental es el conjunto de profesionales (psicólogo, psiquiatra, trabajador social, enfermero, terapistas ocupacionales, musicoterapéutas y sociólogos entre otros) que interaccionan buscando un espacio de confluencia y un código común para operar sobre un individuo o grupo con trastornos psíquicos o en situación de crisis. El criterio interdisciplinario se fundamenta en intercambios, interacciones y síntesis de conocimientos integrados. La interacción es la relación personal entre individuos a través de la cual sus comportamientos están sometidos a una influencia recíproca, por la cual cada individuo modifica su forma de actuar en relación a las reacciones del otro.

La Ley de Salud Mental expresa en su artículo 8 que "Debe promoverse que la atención en Salud Mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros profesionales capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes". [13]

---

[11] Grupo Red, Institución de Salud Mental "Interdisciplina, Multidisciplina y Transdisciplina" Cátedra de Psicopatología e Higiene Mental de la carrera de Lic. En Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2012.

[12] Otero, Alonso Sainz y otros "Ley Nacional de Salud Mental N°26657: Comentarios Interdisciplinarios"

[13] Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada el 25 de Noviembre de 2010, promulgada el 2 de Diciembre de 2010, Boletín Oficial 3 de Diciembre de 2010, Decreto Reglamentario 603/2013.

Trabajar en equipo es una modalidad que produce muchos beneficios tanto en resultados para la organización como en aprendizaje de nuevas habilidades para los integrantes. También es complicado, dado que no todas las personas son iguales, ni interpretan la realidad del mismo modo. Esto significa que para algunas personas trabajar en equipo crea tensiones extra, altos niveles de presión y exigencia que pueden resultar estresantes. Por ello es bueno tener presentes estas cuestiones al trabajar con pares, estableciendo mecanismos de trabajo que tiendan a disminuir los niveles de estrés.

Así, podemos observar que las variadas definiciones del concepto "interdisciplina" hasta aquí mencionadas poseen características semejantes, y, del mismo modo, cada autor o corriente teórica le aporta características particulares. Es por esto que consideramos pertinente establecer, luego de haber presentado algunas de ellas, aquellas definiciones de interdisciplina que, según nuestra concepción, mayor correlato tienen tomando como punto de partida los objetivos de esta investigación.

Por una parte, entonces, nos remitimos a la definición de Salazar Fernández y por otra parte, a la que ofrece Grupo Red, ambas presentadas anteriormente.

2.5: Proyecto Be: La institución y su modalidad de tratamiento.

Con el objetivo de realizar un recorrido histórico y una caracterización de la institución, partiendo de la información proporcionada por ésta y según el testimonio de sus socios fundadores en el año 2003 comenzaron a realizarse los primero grupos de lectura y estudio de material afín a las especialidades de psiquiatría, psicología y trabajo social con el objetivo de avanzar en un proyecto de abordaje terapéutico sobre algunas de las siguientes hipótesis:

- Existen pacientes que deciden tratar sus problemas de salud mental, incluidas las adicciones, de manera ambulatoria y por consultorios externos.
- No existe, hasta el momento, un dispositivo que reúna, en un mismo espacio físico, el abordaje de la patología dual por consultorio externo.
- Existe el prejuicio de que el adicto debe ser tratado en comunidad terapéutica o en hospital de día.

Partiendo de estas premisas, en el año 2009 surge “Plan Be”. Esta institución tiene como socios fundadores al Dr. en Psiquiatría Juan José Beltrami, al Licenciado en Piscología Gabriel Fadón y a la Licenciada en Trabajo Social Virginia Vaccaroni quienes se conocieron trabajando en distintas opciones de tratamiento que ya estaban en la ciudad de Mar del Plata hace varios años. Este proyecto se puso en funcionamiento teniendo como base:

- Abordar la patología dual de manera integral

- Eliminar los grupos de familias típicos de los tratamientos tradicionales, cada familia porta una historia individual que debería ser escuchada en un espacio personalizado.

- Favorecer la permanencia del paciente en su entorno familiar y laboral.

De esta manera se generó un mecanismo de abordaje terapéutico que se caracteriza por ser:

- Personalizado, a cada paciente se le designan espacios terapéuticos de acuerdo a sus características. La frecuencia de tales espacios son acordados entre el profesional y el paciente, pudiendo ser modificada durante el tratamiento de acuerdo a las características que adquiera el desarrollo del mismo.
- Orientado en la reducción de daño: como objetivo principal, el trabajo de los profesionales se centra en aquellos aspectos de la vida del paciente y su familia que se encuentran afectados, disminuyendo la gravedad de las secuelas provocadas por la patología y procurando hacerlas desaparecer si fuese posible. En el caso de que existan patologías adictivas el abordaje con el paciente se orientará a una paulatina reducción del hábito tóxico. Vale aclarar que las recaídas no son criterios de exclusión del tratamiento, mas en el caso de que la gravedad del cuadro sea tal y la evolución del paciente sea desfavorable, se realiza la derivación a dispositivos de mayor complejidad.
- Dinámico y de evaluación continua: Proyecto Be cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por distintos profesionales de la salud quienes se reúnen semanalmente con el objetivo de evaluar los tratamientos y realizar ajustes en el abordaje si fuese necesario. Del mismo modo, cuatrimestralmente se realiza un encuentro del cual

participan profesionales, paciente y familia para la evaluación del periodo de tratamiento. En estas reuniones, denominadas “síntesis” se lo hace partícipe al paciente y a su entorno en la construcción y establecimiento de nuevos objetivos terapéuticos para el período siguiente.

- Profesional: cada espacio terapéutico está a cargo de profesionales universitarios; la institución no tiene integrada a su equipo terapeutas de formación terciaria.
- Multiplicidad de canales de comunicación: entendiendo que se trata de un tratamiento ambulatorio, tanto el paciente como su familia pasan la mayor parte del tiempo en su entorno cotidiano. Es por esto que la institución, con el propósito de cumplir con los objetivos del tratamiento, ofrece canales alternativos de comunicación: un número de línea móvil que se encuentra disponible los fines de semana y los días no laborales de forma anual, también un blog, redes sociales y correo electrónico.
- Con cupo: con el objetivo de poder alcanzar la meta del tratamiento que ofrece esta institución, y teniendo en cuenta la caracterización realizada hasta el momento, es necesario establecer un límite en el cupo de pacientes. Es así que Proyecto Be incorpora en su sistema de tratamiento hasta 25 pacientes. A cada futuro paciente se le realiza una entrevista de admisión cuyas características se detallan a continuación; por otra parte el ingreso o no del mismo se define en la mencionada reunión del equipo posteriormente a la presentación del caso. En caso de admitirse al paciente, al momento del ingreso se le hace entrega por escrito de las condiciones de tratamiento, espacios terapéuticos existentes, dinámica de abordaje y honorarios con modalidad de pago. Luego de aceptar las condiciones el paciente firma, acompañado de un familiar referente, un consentimiento informado.

Los espacios terapéuticos que fueron mencionados con anterioridad constan de:

Psiquiatría: en primera instancia, al momento del ingreso, todos los pacientes realizan una evaluación psiquiátrica; y durante el tratamiento, como requisito, se realiza un control mensual. Es importante tener en cuenta que la frecuencia de las entrevistas psiquiátricas siempre es determinada en función de las características del caso. El espacio de psiquiatría incluye entrevistas con la familia de carácter informativo.

Por su parte, la indicación del uso de medicación siempre se realiza en conciliación con el paciente. Sin embargo, puede suceder que tal conciliación no se logre y entonces es el profesional quien debe explicarle al paciente cuán importante es su utilización. En caso de que la medicación sea fundamental para lograr un equilibrado estado de salud del paciente, la indicación de aquella se establece como requisito de permanencia en el dispositivo.

Psicología: en esta área profesional existen dos espacios: el individual al cual asiste el paciente manteniendo una entrevista privada con el terapeuta a cargo; y un espacio grupal del cual no participan todos los pacientes sino sólo aquellos que el equipo interdisciplinario considere dependiendo de las características del caso particular (estado actual del paciente y criterio de agrupabilidad, por ejemplo)

Trabajo social: el área de Trabajo Social está dedicado a la atención de las familias y del entorno del paciente. Se trabaja en su contención y orientación dentro de un espacio individualizado en el que se abordan también, las demandas de la familia y se trabaja sobre la patología familiar existente. Así mismo, si durante el proceso de tratamiento se considere necesario, esta área ofrece un espacio de orientación y organización para el propio paciente.

Un dato curioso que vale la pena exponer es que la demanda de los posibles pacientes a Proyecto Be se efectúa principalmente por derivaciones de profesionales, también por publicidad de la institución en internet, recomendados por pacientes y ex pacientes, hasta incluso enviados por instancias judiciales como el Patronato de Liberados, juzgados, etc.

Quien consulta es el propio sujeto o es posible también que alguien de su entorno lo haga. En términos generales, en la primera entrevista no aparece la demanda de forma clara; por eso son importantes durante el período inicial de tratamiento las intervenciones que el profesional realice para que se logre generar un espacio de reflexión en el que el único protagonista sea el propio paciente.

Cuando el futuro paciente o familiar del mismo, se contacta con la institución, comienza el proceso de admisión caracterizado por un espacio de escucha enmarcado en la singularidad del paciente. Dicho espacio tiene como objetivo evaluar al paciente, brindar información y tomar decisiones acerca de la posibilidad del tratamiento, y sobre los espacios a los cuales deberá concurrir.

Este proceso consta de cuatro etapas: una entrevista de admisión, la presentación del caso al equipo y la discusión sobre el mismo, una entrevista de devolución y una entrevista de ingreso. Vale aclarar que no siempre se cumplen las etapas anteriormente mencionadas; puede pasar que en la primera entrevista se derive el caso, que los propios demandantes no asistan a la entrevista de devolución, que no se logre un acuerdo de tratamiento, por mencionar algunas.

Entrevista de admisión: es una entrevista semi dirigida en la cual se realiza una evaluación indagando con el paciente y quien lo acompañe en qué creen que Proyecto

Be los puede ayudar. La entrevista varía según el profesional que la realice, pero la institución estableció determinados datos que deben ser recabados en forma obligatoria; la información que se considere necesaria y que no se haya obtenido en esta primera instancia, será recabada en la entrevista de ingreso.

Retomando la admisión, se explican al paciente las características del trabajo y generalidades en relación al encuadre del mismo. Se evalúan las dificultades de cada paciente, el entramado vincular y familiar, se arman las primeras hipótesis diagnósticas. Entre los datos que se intentan obtener para poder evaluar la viabilidad del tratamiento se encuentran: la edad de inicio en el consumo, el tiempo dedicado al mismo, el tipo de consumo, los recursos socio familiares, la conciencia de enfermedad, la expectativa en relación a la posibilidad de realizar cambios, entre otros.

Discusión en el equipo y elaboración del plan de tratamiento: El profesional que realizó la admisión es el encargado de presentar el caso al equipo con el objetivo de discutir la viabilidad del mismo en el tratamiento o su derivación. Uno de los objetivos es evaluar si la persona se encuentra en condiciones de comenzar el tratamiento, y se indaga también sobre su red de contención.

En el caso de que el paciente sea admitido, se confecciona un plan de tratamiento específico para él, teniendo en cuenta sus características personales y socio históricas así como las afinidades de cada profesional con determinadas problemáticas.

Entrevista de devolución: se le informa al paciente el plan terapéutico y de estar de acuerdo se firman tres ejemplares del mismo entre Proyecto Be, el paciente y el o los referentes a la vez que se organiza la entrevista de ingreso.

Entrevista de ingreso: es la entrevista en la cual se le brindan al paciente los turnos iniciales con los profesionales asignados, se brinda la información básica del tratamiento y de funcionamiento institucional, se especifican los canales de comunicación junto al modo de uso de los mismos. Se solicita a quien va a concurrir que venga acompañado ya que para el tipo de abordaje por consultorio externo esto es imprescindible. Se hace efectivo el primer pago.

Capítulo 3

Marco Metodológico

El siguiente trabajo es confeccionado en base a la realización de la práctica pre profesional durante los años 2010 y 2013 llevada a cabo en “Proyecto Be”, institución dedicada al tratamiento de adicciones y salud mental en el marco de la Cátedra Supervisión de la carrera de Lic. En Servicio Social dictada en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Dicho dispositivo posee un abordaje interdisciplinario con una modalidad de tratamiento ambulatorio.

El objetivo general de esta investigación es analizar y describir las intervenciones del trabajador social en el abordaje de las familias que participan del tratamiento en la institución anteriormente mencionada. Asimismo intentaremos fundamentar la necesidad de participación de la familia en el tratamiento de adicciones considerando que ésta coopera o retroalimenta el síntoma del paciente. También caracterizaremos la modalidad de tratamiento de “Proyecto Be”.

Para alcanzar los objetivos expuestos en el párrafo anterior, realizaremos entrevistas a 4 (cuatro) integrantes del equipo interdisciplinario de “Proyecto Be”: Director Médico Dr. Beltrami, Juan José (Psiquiatra), Directora Terapéutica Lic. Di Nápoli Vita, Carla (Psicóloga), y a las Licenciadas en Servicio Social, Gastiarena, Cecilia y Blanc, Patricia quienes están a cargo del espacio familiar.

Asimismo presentaremos una muestra compuesta por los casos de los cuales participamos durante nuestra práctica pre profesional de Junio a Diciembre, 5 (cinco) en 2012 y 5 (cinco) en 2013. Es válido aclarar que dicha participación estuvo supeditada al consentimiento de cada familia.

La presentación de los casos y su posterior análisis, se realizó en función del recorte temático, y las variables a tener en cuenta son: dinámica familiar, vínculos,

funciones y comunicación.

A partir de las características de esta investigación, consideramos adecuado presentar la teoría que desarrolla Ezequiel Ander Egg sobre Investigación Social en su libro “Métodos y Técnicas de Investigación Social”. Allí se explica que “(…) cuando la investigación se aplica al ámbito de lo “social”, se habla de investigación social. De esta manera, se puede determinar que la investigación social es el proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social o bien estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efectos de aplicar los conocimientos con fines prácticos. Se pueden distinguir diferentes tipos de investigación social:

- *Según los niveles de profundidad:* descriptiva, clasificatoria, explicativa

- *De acuerdo con la escala en que se lleva a cabo:* micro social o macro social

- *Conforme con sus finalidades:* básica o pura, o práctica o aplicada

- *De acuerdo con su alcance temporal:* sincrónica o diacrónica

- *Según los métodos utilizados:* cuantitativa, cualitativa y mixta

- *Según el tipo de fuentes que se utilizan:* realizadas a partir de fuentes primarias, realizadas teniendo en cuenta fuentes secundarias, utilizando los dos tipos de fuentes.”[1]

[1] Ander Egg, Ezequiel “Métodos y Técnicas de Investigación Social Vol. III” Grupo Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2000.

Durante muchos años, dentro de las ciencias sociales sólo lo teórico y lo empírico se consideraban como pertinentes a estas disciplinas. Sin embargo, de una manera creciente, lo axiológico ha sido considerado como un componente inevitable de las ciencias sociales. Lo empírico es lo estudiado en una investigación en concreto, lo teórico sirve como marco referencial de la investigación y lo axiológico está subyacente, ya sea como criterio de selección de lo que se estudia, o como supuesto metateórico de la teoría.

Dentro de la investigación empírica se distinguen tres niveles de investigación: descripción, clasificación, explicación. Cada uno de estos niveles indica diversos grados de profundidad, diferentes exigencias y dificultades metodológicas. Las investigaciones de nivel explicativo son más complejas que las descriptivas y las clasificatorias, y presuponen un mayor nivel profesional por parte del investigador.

"No es de menor importancia tener en cuenta que desde que el tesista comienza a pensar en su investigación, comienza a pensar también en cómo desearía realizarla. Estos procesos hacen necesario el establecimiento de un método el cual remite a una secuencia para resolver lo que nos intriga, o dar respuesta a los problemas de manera que se comprenda su naturaleza y sus probables causas, tratando además de conocer las relaciones establecidas entre ellos."[2]

"Es la lógica de la investigación la que legitima y estructura un conjunto de decisiones y actividades planificadas con el objeto de establecer enunciados

[2] Mendicoa, Gloria E. "Sobre Tesis y Tesistas" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

verdaderos sobre la realidad social." [3] Así, se reconocen dos tipos de métodos: el método cualitativo y el método cuantitativo.

Por todo esto es que podemos determinar que esta investigación titulada "*Las Intervenciones del Trabajador Social en el abordaje de las relaciones intrafamiliares dentro de un tratamiento de adicciones con modalidad de consultorio externo*", corresponde a una investigación cualitativa de carácter exploratorio-descriptivo.

Siguiendo el lineamiento teórico de Bericat, E., una investigación de tipo cualitativa, está íntimamente vinculada a la corriente humanista. Dicha corriente rechaza el modelo de las ciencias naturales, defendiendo lo individual y concreto y postulando la importancia de entender las significaciones intersubjetivas conducidas por los actores sociales.

"El método cualitativo es el conjunto de operaciones, estrategias y tácticas que el investigador realiza ante y con el fenómeno en estudio en relación a las operaciones que le otorga el mismo. Es la interacción en el conjunto social; otorga una construcción conceptual, ofrece una perspectiva del mundo holística, basada en la dinámica de las acciones sociales y una descripción del fenómeno rescatando las evidencias heurísticas y alcanzando hallazgos como resultado de la interpretación de la dinámica".[4]

Revisando el procedimiento metodológico del cualitativismo, se puede determinar que parte de la percepción que la realidad nos ofrece en un proceso

---

[3] Bericat, Educardo "La integración de los Métodos Cuantitativos y Cualitativos en la Investigación Social" en "Sobre Tesis y Tesistas", Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

[4] Ídem cita 3.

inductivo, es decir, el pasaje de las situaciones particulares a las generales que implica un esfuerzo de interpretación de la conciencia sensible. La construcción de enunciados para la realización de generalizaciones teóricas, es la meta del recorrido.

Tal como mencionamos anteriormente, esta investigación es también de tipo exploratorio-descriptivo. "Los estudios exploratorios son aquellos que realizan los investigadores que no poseen suficiente experiencia, y los pasos que siguen están orientados a ganar familiaridad al tema elegido. Los estudios de este tipo se perfilan como puentes para avanzar hacia otros de mayor profundidad por lo que, metodológicamente, no es exigida rigurosidad alguna". [5]

"La fase exploratoria tiene una cuádruple finalidad: *explorar* (registrar, examinar) la problemática que es motivo de la investigación, *adquirir* mayor información y conocimiento acerca de la problemática escogida para la investigación; es una forma de acercamiento a la realidad del objeto del estudio; *describir* ciertos aspectos del tema objeto de investigación que ayudarán a una mejor formulación del problema, y por último, *proporcionar información* para proceder a la elaboración de un marco teórico referencial mejor fundamentado.

El proceso exploratorio, es una tarea previa al proceso de investigación propiamente dicho, y en aquel se hace necesario obtener una cierta cantidad de información actualizada y relevante, acerca del tema objeto de investigación. Las investigaciones de tipo descriptivo son también llamadas investigaciones diagnósticas. Consisten en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. Vale aclarar que buena parte de lo que se escribe o

[5]Mendicoa, Gloria E. "Sobre Tesis y Tesistas" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

estudia de lo social no va mucho más allá de este nivel".[6]

Gloria Mendicoa, por su parte, expone que "los estudios descriptivos colocan al investigador frente a un objeto de estudio el cual será descripto y obligan a la medición de las variables que entran en juego. Esta medición podrá ofrecer un estado de situación de las variables sin profundizar en las relaciones que se establecen; desde este punto de vista se responde al "cómo es" más que al "por qué es". Los estudios descriptivos procuran lograr un esquema o clasificación de cualquier cuestión de incumbencia social". [7]

Técnicas

El Lic. Robles, Claudio en su libro "La intervención pericial en Trabajo Social" explica que "las técnicas son procedimientos sistematizados para organizar y desarrollar la tarea profesional; son un medio, no un fin, y deben ser utilizadas con flexibilidad y creatividad teniendo en cuenta las características de las personas con las cuales se trabaja, así como también la personalidad y destreza del profesional que las aplica. Son recursos abiertos, no cerrados que sirven como disparadores de nuevas situaciones y posibilitan una lectura más crítica de lo cotidiano. Cuando son aplicadas adecuadamente otorgan la posibilidad de expresarnos y promueven la participación.

[6] Ander Egg, Ezequiel "Métodos y Técnicas de Investigación Social Vol. III" Grupo Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2000.

[7] Mendicoa, Gloria E. "Sobre Tesis y Tesistas" Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

Las técnicas e instrumentos utilizados en lo que hace a nuestra profesión, operan como dispositivos de producción y regulación de las situaciones sociales que se generan al interior de determinados marcos comunicacionales e interaccionales. Facilitan la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contextos y situaciones sociales desde donde se actúa. Dentro del ámbito del Trabajo Social podemos encontrar varias técnicas de intervención, dentro de las cuales las más utilizadas son: la observación participante, la entrevista en profundidad y domiciliaria, y el informe social. El objetivo de las mismas es favorecer el conocimiento sobre la historia de vida de los sujetos, sus trayectorias familiares y sociales, apuntando a comprender las significaciones que le otorga". [8] Podemos establecer, a raíz del conocimiento obtenido por todo lo anteriormente expuesto, que las técnicas son medios de los que nos valemos para conseguir propósitos y/o cumplir responsabilidades profesionales. Nos conducen a esclarecer qué debemos hacer ante una determinada situación para lograr una intervención profesional efectiva y eficiente.

En el marco de esta investigación, las técnicas empleadas son: observación participante, observación documental y entrevista.

- Observación Participante

"La observación consiste en el uso sistemático de los sentidos con el fin de captar la realidad estudiada. Su ventaja es, por supuesto, que el investigador percibe los hechos de manera directa. Sin embargo esta técnica tiene la desventaja de que la presencia del observador puede alterar o modificar la conducta de las personas

[8]Robles, Claudio "La Intervención Pericial en Trabajo Social", Ed. Espacio, Buenos Aires, 2004.

observadas.

En las ciencias sociales la observación puede aplicarse en dos modalidades: la observación simple y la observación participante. En la primera, el investigador busca percibir los aspectos más visibles o superficiales de su objeto de estudio; se utiliza generalmente cuando se quieren conocer hechos o situaciones de carácter público o que no son estrictamente privados. En la participante, en cambio, el observador trata de integrarse en la acción del grupo observado como si fuera un miembro más. Esto implica una doble tarea: desempeñar un rol en el grupo y recoger los datos. Cuando el investigador participa como miembro del grupo que observa, puede experimentar en carne propia las actitudes, valores y comportamientos. Sin embargo no debe perder de vista el hecho de que es importante mantener cierta distancia respecto de la situación ya que de manera contraria, podría olvidarse de que su objetivo principal es el de observar".[9]

Tal y como mencionamos al comienzo, una de las técnicas utilizadas en esta investigación es la observación participante. "La observación participante constituye el eje sobre el cual se estructura el trabajo de campo. Es un tipo de propuesta en la cual intervienen distintas técnicas y métodos vinculados con las formas de observación, las modalidades de interacción, y tipos de entrevistas. Su característica distintiva es que el compromiso del investigador supone enfrentar la tensión entre el involucramiento y el distanciamiento en las situaciones sociales en las que se encuentra. Se produce un

[9] Lorenzo, María Rosa y Zangaro, Marcela "Proyectos y Metodologías de la Investigación" Ed. Aula Taller, Buenos Aires, 2006.

despliegue de relaciones e interacciones “cara a cara” que constituyen un soporte imprescindible de la investigación”.[10]

- Observación documental

“Este tipo de observación está basado en la obtención de información de los libros, revistas, biografías, informes, actas, entro otros. La técnica que se utiliza para obtener un buen resultado de este tipo de observación son las fichas bibliográficas, las cuales sirven para citar y tener presentes las diversas fuentes que se han utilizado durante la observación. El procedimiento para realizar la observación documental consiste en revisar toda la bibliografía posible”.[11]

- ***Entrevista***

“Se parte de la concepción de entrevista como un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad cultural de cada uno de los sujetos implicados. La entrevista es un proceso comunicativo por el cual un investigador extrae una información de una persona que se halla contenida en la biografía de ese interlocutor. Se entiende “biografía” como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia

[10] Vasilachis de Gialdino, Irene “Estrategias de Investigación Cualitativa” Ed. Gedisa, Barcelona, 2006.

[11] *http://temas-investigacion.blogspot.com.ar* Fecha de Publicación: Octubre de 2010.

del entrevistado”. [12]

Existen diferentes tipos de entrevistas, cada una con un objetivo determinado. Para el propósito de esta investigación hemos realizado un tipo de entrevista semi-estructurada; éstas “(…) se basan en un guión que el entrevistador utilizará con flexibilidad tanto en el orden en el que han de ser formuladas las preguntas, como en el modo de hacerlo. El entrevistador utilizará la secuencia que estime oportuna y podrá utilizar un lenguaje familiar según el entrevistado. La elección de las instituciones y de los entrevistados queda librada al buen criterio del equipo investigador. La única regla o sugerencia es hacer entrevistas que aseguren obtener información relevante a los objetos de la investigación”. [13]

“Es una técnica de recolección de datos primarios en la que el investigador interactúa con sus fuentes de datos (las personas entrevistadas) interrogándolas con el objetivo de que aquellas le proporcionen sus ideas, opiniones o impresiones. Esta es una gran ventaja, porque los mismos actores sociales, es decir, las personas que son objeto de estudio, ponen los datos a disposición del investigador; pero al mismo tiempo, la presentación de los datos es subjetiva, por lo que puede dar al científico social una idea distorsionada de los hechos”.[14]

---

[12] Ameigeiras, Aldo “El Abordaje Etnográfico en La Investigación Social” en Vasilachis, Irene “Estrategias de Investigación Cualitativa” Ed. Gesida, Barcelona, 2000.

[13] Ander Egg, Ezequiel “Métodos y Técnicas de Investigación Social Vol. III” Grupo Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2000.

[14] Lorenzo, María Rosa y Zangaro, Marcela “Proyectos y Metodologías de la Investigación” Ed. Aula Taller, Buenos Aires, 2006.

Los estudios de caso

Teniendo en cuenta el objetivo general de esta investigación, utilizaremos la presentación y el análisis de los casos como uno de los elementos que consideramos pertinentes para alcanzarlo. Así es como llevaremos a cabo la presentación de 10 (diez) casos en los cuales participamos durante nuestro proceso de inserción en Proyecto Be. Consideramos importante conocer qué se entiende por "estudio de caso" y qué brindan al investigador.

"Los estudios de caso se ubican en la experiencia actual de la investigación social y se analizan desde la tradición cualitativa y de la integración metodológica. Los principales procedimientos que se ponen en juego en el marco del proceso de investigación (selección, construcción de categorías, interpretación) son abordados con relación a su función de garantizar la mayor rigurosidad y sistematicidad en la producción de conocimiento social.

El estudio de caso consiste en el abordaje de lo particular priorizando el caso único, donde la efectividad de la particularización reemplaza a la validez de la generalización. La elección del caso es resultado del recorte temático, y el estudio de caso es definido por el interés en el mismo. El caso o los casos de un estudio pueden estar constituidos por un hecho, un grupo, una relación, una institución, una organización, un proceso social o una situación o escenario específico construido a partir de un determinado, y siempre subjetivo y parcial, recorte empírico y conceptual de la realidad social, que conforma un tema y/o problema de investigación. Tienden a

focalizar, en un número limitado de hechos y situaciones, para poder abordarlos con profundidad para su comprensión holística y contextual". [15]

La elección del caso busca maximizar las posibilidades y la capacidad que las condiciones del mismo presentan para desarrollar conocimiento a partir de su estudio. "La muestra es intencionada en función de los intereses temáticos y conceptuales y los casos se pueden seleccionar según diversos criterios, por ejemplo a partir de determinadas condiciones que transforman al caso en un fenómeno único. El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales donde se busca dar cuenta de la particularidad del mismo en el marco de su complejidad". [16]

[15] Neiman, G. y Quaranta, G, "Los Estudios de Caso en la Investigación Sociológica" en Vaslachis De Gialdino, I. "Estrategias de Investigación Cualitativa", Ed. Gedisa,

[16] Ídem cita 15.

Capítulo 4

Presentación y análisis de casos

Los 10 (diez) casos que a continuación se presentan y que fueron analizados, pertenecen al período de supervisión que realizamos en “Proyecto Be” durante los años 2010 y 2013 en el espacio familiar a cargo de la Lic. Vaccaroni, Virginia.

Haremos un breve relato de los casos teniendo en cuenta: el paciente, su familia, el motivo de consulta al momento de la admisión, la demanda de tratamiento, los antecedentes familiares y la historia familiar. A partir de esto, llevaremos a cabo un análisis general de la dinámica familiar de los casos reseñados teniendo en cuenta los vínculos, las funciones y la comunicación.

Caso 1 (A.N)

Paciente: Masculino de 16 años

Familia: Madre de 43 años, pareja 52 años, tía materna 46 años, abuela materna, primos, padre fallecido.

Familia conviviente: Madre y la pareja de ésta.

Motivo de consulta: Consumo de marihuana (THC) durante los fines de semana.

Demanda de tratamiento:

- Paciente: mejorar el vínculo con su madre, no perder la libertad, asumir el compromiso de disminuir total o parcialmente el consumo.

- Madre: contención y estructura para su hijo.

Antecedentes: abuelo materno alcohólico y fumador (fallecido); abuela materna alcohólica; abuelo paterno alcohólico y violento.

A.N concurre a la entrevista de admisión acompañado por su madre. El mismo manifiesta consumir marihuana los fines de semana para ir a bailar. Su padre falleció cuando él tenía 6 años como consecuencia de un tumor cerebral de 8 años de evolución por el cual atravesó varias intervenciones quirúrgicas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El paciente se encuentra cursando el secundario y convive con su madre y la pareja de ésta.

A.N realizó tratamiento psicológico a los 7 años durante un año y medio, el cual finalizó por alta. A sus 12 años retoma tratamiento manifestando no querer vivir con su madre con un sentimiento de enojo hacia ella y presenta dificultades escolares. Manifiesta también, que su madre no quiso ver ni escuchar lo que le sucedía a él durante su infancia.

Durante las internaciones de su padre, el paciente se quedó a cargo de su tía materna en la ciudad. Viajaba sólo los fines de semana para reencontrarse con sus progenitores. En la última operación el paciente se despidió de su padre quién falleció luego de ésta. Sus restos fueron trasladados a Mar del Plata, la familia decidió que N.A no participara.

Transcurridos seis meses su madre establece una nueva relación de 3 años, la cual ella caracteriza por maltratos y amenazas. Su hijo queda a cargo de ésta persona mientras ella realiza su actividad laboral y frente a esto manifiesta “cometí un error que no puedo reparar, A.N fue arrastrado conmigo, se sintió solo, yo me distraje” (sic).

El paciente manifiesta que su madre no le cree, que tiene pocos recuerdos de su niñez y que fue maltratado y abandonado por la primera pareja de su madre.

Observaciones: a lo largo de las entrevistas durante el tratamiento del paciente, se desprende del relato familiar una marcada influencia y sobreprotección de la abuela materna sobre el paciente. Ésta desautoriza a su hija constantemente disputándose entre ellas la función materna.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Lograr el fortalecimiento y reposicionamiento de la función materna

- Trabajar sobre la importancia del establecimiento de límites

- Fortalecer la comunicación y la confianza entre ambos

Caso 2 (B.M)

Paciente: Masculino de 45 años

Familia: Madre 70 años, Padre 75 años ambos jubilados, 3 hijos varones (10, 13 y 15 años), hermana 43 años y hermano de 35 años, pareja.

Familia conviviente: al inicio del tratamiento con sus padres, luego con su pareja.

Motivo de consulta: Derivación de la médica laboral tratante por consumo de cocaína y alcohol.

Demanda de tratamiento:

- Paciente: dejar el consumo, aprender a manejar los sentimientos y problemas de forma simple, sin necesidad de recurrir al consumo.

- Padre: ayuda médica y espiritual.

Antecedentes: no se reconocen en la primera entrevista.

B.M concurre a la entrevista de admisión con su padre derivado por la médica laboral. Vive con sus padres y está separado desde hace 5 años de la madre de sus 3 hijos.

Está en pareja desde hace 6 meses; ella conoce su situación y lo apoya, lo que motiva su deseo de iniciar tratamiento. Consume alcohol desde los 17 años y simultáneamente tabaco y cocaína. Realizó el servicio militar y manifiesta “Me cuesta vincularme afectivamente, aún soy un chico” (sic). Se encuentra con licencia en la empresa para la que trabaja.

Realizó tratamientos previos, el primer tratamiento fue ambulatorio hace 10 años, del cual fue dado de alta, y hace aproximadamente 1 año comenzó un tratamiento que abandonó. Dice consumir por depresión, porque las cosas no le van bien .

Los padres conocen la situación del paciente desde los 20 años, aunque su progenitor manifiesta que durante estos 25 años de consumo no existieron problemas pero sí en el transcurso de este último. “Es un vago”, “Consume por costumbre”, “somos una familia normal; no entiendo qué pasó” (sic).

El progenitor se define como un enfermo igual que su hijo pero nunca hizo

tratamiento porque “esto no tiene solución” (sic) haciendo referencia a sus recurrentes y reiteradas infidelidades. Sospecha que su mujer le es infiel con su cuñado y a raíz de esto ella le pide que se vaya de la casa que comparten.

La madre plantea dificultades comunicacionales y expresa percibir cambios en B.M a partir de su ingreso al servicio militar. Está separada de su marido desde hace dos años por infidelidades de él pero socialmente se muestran juntos (vacaciones, salidas). “Continúo a pesar de todo por mi ideal de familia” (sic).

La pareja del paciente manifiesta que B.M le adjudica toda la responsabilidad de la situación a su hermana.

Observaciones: en el transcurso de las entrevistas familiares se observan, por parte del padre de B.M, relatos inadecuados frente a la presencia del resto de los miembros de la familia. La madre se muestra con una actitud pasiva y sumisa frente a dicha situación.

Objetivos de la intervención al inicio del tratamiento:

- Trabajar sobre las dificultades comunicacionales

- Lograr conciencia de enfermedad

- Acotar al progenitor en el relato indiscriminado de los hechos

- Fortalecer la función materna

<u>Caso 3</u> (C.Y)

Paciente: Masculino de 18 años

Familia: Padre y Madre separados, y Hermano 24 años.

Familia conviviente: Madre y hermano.

Motivo de Consulta: consumo de THC

Demanda de Tratamiento:

- Padre: quiere que se cuide y que se cure, no quiere verlo así.

- Madre: manifiesta que quiere que el hijo pueda hablar y descubra qué es lo que le molesta y duele, qué es lo que genera que se drogue.

Antecedentes: abuelo paterno y tío paterno alcohólicos, tío materno consume THC y alcohol.

C.Y se presenta a la entrevista de admisión con sus padres por pedido de éstos "yo no quiero nada" (sic). Trabaja temporalmente, vive con su madre y su hermano mayor.

Sus padres estuvieron casados 25 años y actualmente están separados desde hace dos años por situaciones de violencia verbal del padre, según manifiesta la madre. El hijo mayor denuncia penalmente al padre por estos hechos y el paciente refiere falta de diálogo entre sus progenitores.

Se identifica el consumo del paciente a partir de un análisis de orina realizado por la madre sin el consentimiento de éste.

C.Y cree tener problemas de conducta lo que le provocó la pérdida de su puesto de trabajo. Manifiesta tener dificultades para conciliar el sueño durante la noche. Reconoce el consumo de marihuana pero le cuesta hablar del tema y de cómo fue descubierto. Durante los fines de semana ingiere alcohol en exceso.

El paciente manifiesta dificultades en el vínculo con su hermano y minimiza su situación personal refiriendo querer cambiar. Expresa que la madre está encima todo el tiempo, que no tiene privacidad.

Su madre refiere que “C.Y fue un accidente” (sic), no quería tener hijos por la situación de la pareja. Relata que C.Y siempre tuvo problemas en la escuela por mal comportamiento (hiperactividad-contestatario), aunque con un rendimiento académico satisfactorio “Miente, no se baña, duerme vestido y cuando está bien se cambia la ropa” (sic).

Su madre, haciendo referencia a su historia personal, manifiesta que “los hombres me manipularon toda la vida. Vengo de una familia en donde todas las mujeres fueron sometidas” (sic). Se presenta muy angustiada y se siente manipulada y bastardeada por los hijos. Tiene dificultades para aceptar el límite del otro, se desborda con facilidad. Reconoce que hay hechos cotidianos con C.Y en donde ella “se saca” (sic) porque le recuerdan a situaciones vividas con el padre de éste.

El padre manifiesta que su hijo mayor lo echó de la casa familiar “para darle el gusto a ella” (sic). Éste explica que su ex pareja echó a C.Y reiteradas veces. Relata que la madre de sus hijos tuvo intentos de suicidio con ingesta de pastillas y estuvo internada. Él toma conocimiento de esta situación a través de sus ex suegros y cuenta que actualmente ella está bajo tratamiento psiquiátrico.

El progenitor plantea que él siempre tuvo buena relación con C.Y y relata situaciones de violencia entre sus hijos y su ex mujer.

Asimismo manifiesta haber atravesado situaciones de violencia entre sus padres durante su infancia razón por la cual “rodó” (sic) por muchas casas (tíos, abuelos, madrina).

El hermano de C.Y manifiesta que su madre lo pone en un lugar que a él le molesta pero, aun así, le cuesta correrse. Está enojado con su padre, siente que le dio más cosas a C.Y que a él. Relata episodios familiares: ingesta de pastillas de la madre, convulsión del padre.

Observaciones: se observa manipulación de ambos progenitores respecto de la concurrencia a los espacios familiares planificados. Los espacios familiares se diagraman en entrevistas individuales para cada uno de ellos debido a la dificultad para relacionarse.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Acotar la demanda materno-filial

- Trabajar la implicancia de los progenitores

- Fortalecer los vínculos familiares

- Generar conciencia de enfermedad en los padres

<u>Caso 4</u> (D.F)

Paciente: Masculino 26 años

Familia: Madre 52 años, Padre 55 años, Hermano 18 años.

Familia conviviente: vive sólo.

Motivo de Consulta: incremento del consumo, consume alcohol cocaína y THC. Quiere dejar el alcohol y la cocaína. Gran decaimiento y malestar asociado al consumo de cocaína durante varios años.

Demanda de Tratamiento:

- Paciente: dejar de consumir cocaína, dejar de tomar alcohol, tener una vida, enamorarse, vivir bien.

- Madre: disminuir el consumo

Antecedentes: no se registran datos.

D.F se presenta a la entrevista de admisión acompañado por su madre. Vive solo y no tiene trabajo. Manifiesta haber renunciado por sus dificultades para relacionarse con sus pares y por sentirse cada vez más presionado.

Los padres se separaron cuando D.F tenía 15 años. Manifiesta que su madre lo acompaña mucho y lo sustenta económicamente. Con su padre no mantiene una relación amena “él es muy negativo y menos comprensivo” (sic).

El paciente realizó un tratamiento previo durante 4 años pero luego del alta recayó rápidamente. No duerme, sueña con el consumo, cuando sale tiene deseos de

consumir. Le robó a la familia.

Manifiesta no ser feliz, no tener cosas positivas o alentadoras, no poder sostener relaciones. Aunque cree que vale la pena vivir, se observa en él una tendencia depresiva y conductas evasivas. Relata cierta sustitución del consumo de cocaína por relaciones sexuales con mujeres que no le interesan.

Reconoce dificultad en el control de sus impulsos. Acepta consumir marihuana diariamente “es una aliada para mí” (sic). Manifiesta que sus padres lo expusieron durante su infancia y describe ciertos aspectos como la transgresión, la ilegalidad, la rebeldía y el poco cuidado.

Su madre manifiesta que su hijo está atravesando una etapa depresiva, lo ve mal “está deprimido por eso vino” (sic). Siente temor por la vida de su hijo y explica que hace deducciones cada vez que lo ve. Cree que D.F está en una etapa de mucho consumo.

Descubrió que su hijo consumía THC cuando se separó del padre de éste “Él era un come coco, un desvalorizador, negativo, acosador psicológicamente” (sic). Hace poco su hijo pudo contarle cosas que vivió con su padre que le generan malestar y culpa.

Explica que D.F tiene un personaje para agradar y que suele realizar mucho despliegue para ello. Desea que deje el consumo pero manifiesta que la decisión es de él. “Estaría más tranquila si disminuye el riesgo al que se somete” (sic).

Padre: no participa.

Observaciones: se deprende de los relatos y actitudes de la madre durante las entrevistas familiares, su excesiva preocupación por el paciente. Ante la imposibilidad

de comunicarse diariamente con él, elabora pensamientos dramáticos sobre el estado de su hijo.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Reflexionar sobre la relación materno-filial

- Trabajar modos de comunicación y vinculación entre los miembros de la familia

- Lograr la autonomía del paciente en relación al vínculo con su madre

Caso 5 (E.N)

Paciente: Masculino de 26 años

Familia: Abuela 70 años, Madre 50 años, Padre 58 años, Hermana 30 años, pareja.

Familia conviviente: al inicio del tratamiento sólo y luego con su pareja.

Motivo de Consulta: no se acepta como es: muy impulsivo, no se controla y se termina arrepintiendo (lo relaciona a la violencia). Necesita un poco más de límites.

Demanda de Tratamiento:

- Paciente: quiere dejar de drogarse porque se arrepiente, se vuelve agresivo, es poco tolerante y se pone de mal humor.

- Madre y hermana: “el pidió ayuda y acá estamos” (sic)

Antecedentes: no se registran datos.

E.N se presenta a la entrevista de admisión acompañado por su madre y su hermana. Vive con éstas y con su abuela en el mismo terreno pero en diferentes casas. Se dedica a la actividad gastronómica.

Los padres están separados desde que él tiene 8 años, la madre volvió a formar pareja y se separó. No conoce las razones de la separación de sus padres, cree que hubo infidelidades y maltrato entre ambos, y golpes de parte del padre. Menciona que a él nunca lo golpeó.

Desde dicha separación E.N prácticamente no mantuvo relación con su padre; luego de sus 18 años comenzó a verlo con más frecuencia.

Relata que, por sus errores, se separó de la novia recientemente. Manifiesta que empieza cosas y no las termina o anuncia empezarlas y no lo hace. Juega al fútbol esporádicamente, sale a tomar cerveza y “tengo muchas cosas en mente” (sic). Conoce mucha gente pero tiene dos amigos. Fuma tabaco y consume alcohol, THC, éxtasis, LSD, cocaína. Elige el alcohol para compartir algo, últimamente lo toma para dormir, se desespera cuando no puede dormir. Relata un episodio en el que pasó 48hs bebiendo. Al referirse a su familia, E.N manifiesta que tienen un problema en común: para pedir ayuda y comunicarse.

El padre no está al tanto del tratamiento pero el paciente considera que sería bueno informárselo “Su ausencia me genera angustia” (sic). Siente cierto agobio por parte de su abuela, madre y hermana.

La madre describe a E.N como callado, cerrado, muy inteligente “sabe hablar a pesar de no haber terminado el secundario; tiene dificultades en el vínculo con su padre” (sic). Identifica una actitud sobreprotectora de su hija hacia E.N como también

cuestionamientos de ésta sobre su función como madre.

La hermana refiere que E.N “tiene una demanda continua de afecto, no me da a conocer las cosas para ayudarlo” (sic). Explica que cuando sus padres se separaron, la madre delegó la crianza de ellos a su abuela “Les dio la mochila, no fue la madre que necesitábamos, perdió la comunicación con nosotros” (sic).

Observaciones: se desprende de las entrevistas familiares disputa por la función materna entre las mujeres de la familia. No se observan referentes masculinos para el paciente.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Establecer diferenciación de funciones (abuela-madre-hermana)

- Trabajar sobre la comunicación

- Acotar las demandas sobreprotectoras hacia el paciente

Caso 6 (F.F)

Paciente: Masculino de 37 años

Familia: Madre, Padre residente en el exterior y Novia

Familia conviviente: Madre, pareja de ésta y novia.

Motivo de Consulta: Encontrar un psiquiatra para que le controle la medicación, hacer terapia y reconoce tener un problema de adicción.

Demanda de Tratamiento:

- Paciente: Independizarse, tener una mínima independencia económica. Responsabilidad para sentir que la vida depende de él mismo. Lograr salir de la adolescencia y sentirse un adulto.

- Madre: hace hincapié en la edad de su hijo "¿Se resuelven todos los problemas o se va de a poco?" (sic)

- Novia: ayuda para que pueda ser independiente, le gustaría tener lineamientos para saber qué hacer.

Antecedentes: No se registran datos.

F.F se presenta a la entrevista de admisión con su madre y su novia. Vino del interior "a probar suerte y con mis problemas a cuesta" (sic). El padre se fue exiliado del país a poco de su nacimiento. La madre formó nueva pareja y se mudó a Mar del Plata. No tuvo problemas en el colegio. Inició dos carreras terciarias las cuales no finalizó. Fuma THC ocasionalmente cuando consigue, no le resulta fácil conseguir.

Realizó un tratamiento previo y durante 2 años no consumió. En el último año reconoce haber incrementado el consumo de alcohol y manifiesta estar preocupado por tal situación.

Actualmente no trabaja y refiere no poder salir de la dependencia de su madre por lo cual realizó tratamientos psicológicos previos "nunca pude cortar" (sic). Expresa sentirse identificado con el diagnóstico TLP (trastorno límite de la personalidad) "Me enojo mucho, insulto y luego no siento nada; me siento culpable con mi novia, ella es lo

más saludable que tengo” (sic).

Manifiesta tener fuertes reacciones ante las miradas de su madre por sentir desprecio hacia ella y es violento con su pareja.

Consume marihuana sin límites, la necesita “con la marihuana tengo una relación farmacológica” (sic), la define como “un estimulante para su vida, me permite hacer” (sic). No puede evitar el maltrato y la agresividad con el entorno afectivo. Refiere tenerle miedo a la madre, la define como “psicópata que no tiene culpa” (sic).

El padre vive en el exterior, exiliadado, no lo ve desde hace 6 años aproximadamente y manifiesta que todos los problemas que ve, los vio primero en su padre.

La madre plantea que F.F no cumple los objetivos que tendría que alcanzar para la edad “Trabajar como mínimo para independizarse” (sic). Relata que de chico era de tener crisis, de arrancarse los pelos “tiene síntomas obsesivos” (sic). Está sorprendida de que haya venido a vivir con ella porque no tuvieron una relación feliz. Se siente halagada de que le pida ayuda. Espera ayudarlo y manifiesta tener todas las expectativas puestas en el tratamiento.

Plantea que desde que F.F vive con ella, hay problemas en la convivencia “es muy invasivo, cambia cosas de lugar, intenta modificar rutinas; le diagnosticaron Trastorno Límite de la Personalidad; es violento con su novia” (sic).

Su novia manifiesta verlo bien pero dependiente de THC, “cuando fuma está bien” (sic). Lo describe como inestable, con crisis diarias y mal humor. Identifica en él adicción, dependencia económica, inestabilidad emocional frecuente. Explica que tuvieron separaciones, y que tolera el consumo de F.F pero no le gusta la dependencia.

Observaciones: se desprende de los relatos durante las entrevistas familiares, ausencia de conciencia de enfermedad en todos los integrantes de la familia. Se observa en las entrevistas con la madre, una marcada preocupación por situaciones cotidianas de la convivencia relacionadas con el aspecto económico, dejando en un segundo plano el deterioro del estado de salud de su hijo.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Lograr conciencia de enfermedad del núcleo familiar
- Reflexionar sobre las actitudes violentas
- Acotar la demanda materno-filial
- Iniciar trámites de discapacidad y pensión

Caso 7 **(G.M)**

Paciente: Femenino de 61 años.

Familia: Esposo 63 años, dos hijos varones de 29 y 32 años

Familia conviviente: Esposo.

Motivo de Consulta: depresión y consumo de alcohol.

Demanda de Tratamiento: Derivación médica de la Institución en la cual permaneció internada recientemente.

Antecedentes: No se identifican por parte de la familia.

G.M se presenta a la entrevista de admisión con su marido. Tienen dos hijos varones que no residen en Mar del Plata. No trabaja. Hace 20 años tuvo su primer cuadro depresivo a raíz de un episodio traumático (estafa) por el cual estuvo internada "Después de la estafa, apareció la decadencia" (sic). Hizo tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos pero sin resultados satisfactorios.

Relata que la ingesta de la medicación psiquiátrica le produjo agresividad y marcha inestable; la mezclaba con bebidas alcohólicas "La medicación me ocasionó una caída por la cual estuve internada" (sic). Manifiesta sentirse bien y activa.

El esposo relata que "es perfecta pero no larga sus problemas" (sic). Identifica reciente deterioro de la memoria en ella. Manifiesta que desde aquel primer episodio, han atravesado diferentes "situaciones traumáticas" (sic): su mujer se peleó con sus hermanos por la decisión de que su suegra viva con ellos. Ésta vivió con ellos durante 30 años y actualmente se encuentra en un hogar de ancianos. Relata que existieron discusiones con uno de sus hijos en torno a la sexualidad de éste.

Hijos: participación esporádica.

Observaciones: los hijos del matrimonio, se muestran predispuestos y comprometidos con el tratamiento de su madre pero al no residir en la ciudad su participación no es activa. No hay conciencia de enfermedad en la paciente y su esposo. Al existir inconvenientes familiares en el acompañamiento diario de la paciente, el equipo tratante sugiere acompañamiento terapéutico; la paciente manifiesta resistencia al igual que su familia.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Lograr conciencia de enfermedad

- Fortalecer el acompañamiento familiar

<u>Caso 8</u> (H.L)

Paciente: Masculino de 41 años.

Familia: Madre fallecida, Padre, hermana, hermano, Esposa y dos hijas (19 y 2 años)

Familia Conviviente: Esposa e hija menor.

Motivo de Consulta: consumo de cocaína

Demanda de Tratamiento:

- Paciente: “No me quiero internar” (sic)

- Esposa: “necesita un cambio, quiero que se recupere y que pueda manejar dinero” (sic)

Antecedentes: Madre con síntomas de fobia social según lo relatado por su hijo. Tío abuelo paterno con demencia.

H.L se presenta a la entrevista de admisión acompañado de su esposa. Consume cocaína diariamente y alcohol en reuniones sociales. Es divorciado y actualmente está en pareja desde hace 6 años. Tiene una hija de 19 años fruto del primer matrimonio, y otra hija de 2 años con su actual pareja.

En la planta baja viven su suegra y su cuñada. Sus padres se separaron cuando

él tenía 17 años de manera conflictiva, tiene una hermana de 40 y un hermano de 36. Su madre falleció recientemente y su padre vive en pareja atrás de su casa.

Durante su escolaridad mantuvo un rendimiento satisfactorio, pero no completó el secundario. A los 18 años ingresó al servicio militar y participó de un levantamiento militar. Jugó al handball profesionalmente pero tuvo que dejar por cuestiones laborales.

Actualmente milita en un partido político. Relata que consumió por primera vez a raíz de su separación “Hubo algún conflicto” (sic). Inició el consumo de alcohol cuando comenzó a salir con sus amigos. Al formar nueva pareja, sostuvo un período de abstinencia de aproximadamente 5 años pero cuando se separa recae manteniendo períodos de abstinencia esporádicos de entre 3 y 4 meses.

Reconoce que existen conflictos en la casa por utilizar dinero de la familia para saldar deudas de consumo. Define su consumo como compulsivo pero relata que consumir no le da placer “Anímicamente me siento bien, tengo ganas de trabajar; la pareja no está en un buen momento pero ella me ayuda mucho” (sic).

Su mujer relata que duerme demasiado, lo nota callado, voraz. Explica que H.L tiene una relación conflictiva con su ex mujer, con su hija mayor y con su hermana. Relata que esta última lo acusó a poco de haber fallecido su madre, de haberla manoseado de adolescente y desde entonces no tienen contacto “Me saca de eje, me asusta” (sic).

Observaciones: se identifica mayor preocupación familiar por la cuestión económica ocasionada por H.L, que por las consecuencias del consumo problemático de sustancias en el paciente minimizando los riesgos a los que se expone el mismo.

Objetivos de Intervención al inicio del tratamiento:

- Crear conciencia de enfermedad

- Lograr implicancia del grupo familiar

<u>Caso 9</u> (I.C)

Paciente: Masculino de 31 años. Hipoacúsico e hiperquinésico.

Familia: Madre, Abuela materna de 72 años, Abuelo materno fallecido y pareja.

Familia Conviviente: al inicio del tratamiento con su madre y abuela, y luego con su pareja.

Motivo de Consulta: Tratamiento y acompañamiento psicofarmacológico

Demanda de Tratamiento: No se manifiesta.

Antecedentes: Abuela materna depresiva

I.C concurre a la entrevista de admisión con su madre. Manifiesta haber realizado tratamientos previos con internación por episodios psicóticos acompañados de abuso de sustancias psicoactivas. Relata no tener problemas sino sentir deseo “me pide, me pide” (sic).

Explica que el consumo se desencadena cuando entabla una discusión con su madre. Consume pegamento, marihuana y alcohol. Refiere ideas suicidas y deseos de internación “Estoy enojado y siento culpa” (sic).

La madre manifiesta creer que el problema de su hijo es la ausencia del padre,

se separaron cuando I.C tenía 9 meses. Relata que cuando su hijo tenía 18 años se trasladaron a Mar del Plata y él se sintió muy sólo. Actualmente manifiesta que tienen problemas de convivencia en relación al orden y a la limpieza.

Su madre explica que su hijo establece una diferencia con ella manifestando constantemente ser él el enfermo para excusarse de sus conductas “I.C se parece mucho a su padre: deja cosas inconclusas, nunca trabajó, es habilidoso pero perezoso” (sic). Relata que I.C conoció a su padre a los 7 años y que recientemente ha intentado ubicarlo pero sin resultados satisfactorios o “evita enfrentarlo” (sic).

En relación a su historia personal la madre relata que estuvo casada con el padre de I.C 5 meses, quedó embarazada y a los 3 meses de gestación se fueron a vivir a lo de sus padres.

Relata que cuando I.C tenía dos años le diagnostican hipoacusia y tiempo después hiperquinesis. Al poco tiempo su madre decide venir a vivir a Mar del Plata con su hijo para independizarse de sus padres “En algún momento tenía que cortar el cordón” (sic).

Luego de seis años, sus padres también se mudan a la ciudad “Desde que decidí venirme siempre estuvo presente la idea de que ellos vengan. Mi papá me llamó y me dijo que no podía sólo con mi mamá, ella ya estaba mal” (sic).

Observaciones: La abuela materna participa del tratamiento durante las entrevistas domiciliarias, no concurre a la institución por sus limitaciones físicas. Es válido mencionar que, al poco tiempo de iniciado el tratamiento, el paciente comienza una relación amorosa y decide irse a vivir con su pareja. Esto genera nuevos conflictos familiares principalmente con su madre.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Lograr conciencia de enfermedad

- Acotar la sobreprotección y demanda materno-filial

<u>Caso 10</u> (J.A)

Paciente: Masculino de 25 años

Familia: Madre, Padre de 65 años, Hermanas de 27 y 19 años, Esposa de 25 años e Hijo de 2 años.

Familia conviviente: Esposa e hijo.

Motivo de Consulta: Consumo de marihuana y cocaína "Sólo no puedo, quiero hacer un tratamiento de rehabilitación"

Demanda de Tratamiento:

- Paciente: "Quiero dejar por mi hijo para que no crezca en un ambiente de mierda como yo. Necesito medicación psiquiátrica para controlar las ganas de consumir" (sic)

- Madre: "No se cómo ayudarlo. Quiero darle pautas a mi hijo para que salga adelante, que no esté tan sólo" (sic)

Antecedentes: Sin antecedentes referidos por la familia.

J.A se presenta a la entrevista de admisión con su madre. Inició un tratamiento anterior en una institución pública el cual abandonó luego de 4 encuentros. No trabaja

actualmente, lo despidieron.

Vive con su mujer y su hijo. No tiene el secundario completo “nunca me gustó estudiar demasiado” (sic). Refiere consumir cuando se pelea con su esposa y se enoja “Nos peleamos por mi consumo, está cansada, dice que me va a dejar pero es para que deje la droga” (sic).

Se reconoce como una persona cerrada a la cual no le gusta hablar; refiere que la madre es incondicional. Manifiesta tener depresión y no sentir deseos de salir de la casa. Tiene el sueño interrumpido “Me acuesto y estoy pensando en un problema, por más chiquito que sea” (sic).

En relación a su familia, relata que son fuertes mentalmente pero que él se considera débil. Va y viene de la casa de sus padres “No me quedo a dormir pero como y me baño ahí” (sic). La casa que comparte con su mujer y su hijo se encuentra en un terreno propiedad de sus suegros, casa que él nunca consideró propia.

Su madre manifiesta que él es muy ansioso e hiperactivo y que es muy social. “Se olvida de las cosas, le está haciendo mal todo” (sic). Relata que no se dio cuenta de lo que le ocurría a su hijo, lo veía bien. Manifiesta que cometió errores con sus hijos pero que volvería a ser igual; reconoce que hizo lo que pudo ya que no encontró en su pareja el sostén necesario.

El padre manifiesta que la relación con su hijo es diferente que la relación que mantiene con sus otras hijas, siempre le costó relacionarse con J.A “él siempre se va, no tiene comunicación” (sic). Manifiesta inquietudes sobre la participación familiar en el tratamiento argumentando que, ya que su nuera es quien comparte la mayor parte del tiempo con J.A, debe ser ella quien concurra a los espacios.

Relata que a su hijo le pesa la familia, que a los 15 años se fue a vivir a lo de un amigo por sentir falta de límites por parte de su madre. Reconoce no haber hecho bien muchas cosas “es difícil ser padre” (sic).

Las hermanas participan del espacio familiar cuando son convocadas.

Observaciones: gran resistencia inicial del padre de J.A para su participación en el tratamiento. Disputa sobre el ejercicio de la función materno-filial entre la pareja del paciente y su madre.

Objetivos de intervención al inicio del tratamiento:

- Generar conciencia de enfermedad
- Lograr la implicancia familiar en el tratamiento
- Acotar la sobreprotección materno-filial apuntando a la autonomía del paciente
- Fortalecer la comunicación paterno-filial

Dinámica Familiar			
Casos	Funciones	Vínculos	Comunicación
Caso 1 (A.N)	Paterna ausente Materna compartida	Empobrecidos	Confusa

Caso 2 (B.M)	Paterna y Materna debilitadas	Fisura entre progenitores Empobrecidos	Confusa
Caso 3 (C.Y)	Materna invasora, sobreprotectora Paterna debilitada	Materno-Filial demandante Fisura entre progenitores Empobrecidos	Confusa
Caso 4 (D.F)	Parental debilitada	Paterno-Filial empobrecido	Confusa
Caso 5 (E. N)	Paterna ausente Materna compartida	Fisura entre progenitores Materno-Filial simétrico	Confusa
Caso 6 (F.F)	Paterna ausente Madre invasora-sobreprotectora	Materno-Filial dependiente, demandante	Confusa
Caso 7 (G.M)	Materna debilitada Paterna compartida	Materno-Filial empobrecido	Confusa
Caso 8 (H.L)	Paterna debilitada	Materno-Filial dependiente Paterno-Filial empobrecido	Confusa

Caso 9 (I.C)	Paterna ausente Materna sobreprotectora, invasora	Materno-Filial dependiente, demandante	Confusa
Caso 10 (J. A)	Paterna debilitada Materna sobreprotectora	Materno-Filial dependiente Paterno-Filial empobrecido	Confusa

Entendiendo que la dinámica familiar se refiere a la manera en que los miembros de una familia se relacionan a partir de sus funciones, sus vínculos y la comunicación entre ellos, y teniendo en cuenta el cuadro anteriormente presentado, confeccionado a partir de los casos reseñados, podemos observar:

- *Respecto a las funciones:* en los casos en los que la función paterna está ausente, se registra un incumplimiento de dicha función tanto por parte de la figura materna como de la paterna. Podemos identificar esto en el caso 5: no existe un vínculo consolidado entre el paciente y su padre, esto impide el pleno ejercicio de la función paterna. Así mismo, si bien hay un fuerte vínculo materno-filial, tampoco es su madre quien logra desempeñar dicha función en su totalidad. Asimismo, podemos observar la ausencia de la función paterna, por ejemplo, en los casos 6 y 9.

La función paterna/materna compartida implica que las responsabilidades no son ejercidas por un único sujeto, sino que recaen sobre diferentes miembros de la familia. En el caso 1 se identifica una gran disputa por el ejercicio de la función materna entre

la abuela y la madre del paciente. Tal situación se observa en la constante desautorización de la abuela hacia la madre del paciente, transgrediendo los límites que la progenitora pone a su hijo, y sobreprotegiéndolo.

Aquellos casos en los que se caracteriza a la función materna como invasora y/o sobreprotectora se refieren a que no tienen respeto por la intimidad de sus hijos y tienen la necesidad de intervenir constantemente; los ven y los tratan como un objeto de necesidad. En el caso 3, se observa una clara invasión de la madre del paciente que queda al descubierto cuando ésta le toma una muestra de orina sin su consentimiento para determinar el consumo de sustancias. Las mismas características se observan en los casos 6, 9 y 10.

Al hablar de las funciones paternas/maternas debilitadas se observa que la responsabilidad del ejercicio de dicha función existe pero constantemente desautorizada y debilitada por otro miembro de la familia. Esta caracterización se observa con claridad en el caso 3, donde el desempeño de la función paterna se encuentra debilitada por un constante boicot de la progenitora para con la consolidación del vínculo paterno-filial.

- *Respecto a los vínculos:* en los casos en los que se identifican vínculos caracterizados por una fisura entre los progenitores, se observa que el funcionamiento de la pareja parental no está consolidado y esto genera la imposibilidad de aunar criterios y establecer objetivos comunes en cuanto a la crianza de los hijos, al establecimiento de límites, a la transmisión de valores.

Dicha fisura parental genera alianzas paternas/maternas-filiales en donde uno de los progenitores se ve desvalorizado y desautorizado en el propio ejercicio de su

función. Tal como se observa en el caso 2, la fisura de la pareja parental se traduce en la actitud sumisa de la madre y en el debilitamiento de su función. A pesar de esto, los progenitores priorizan el ideal de familia y la imagen social de la misma. Así, tal y como se menciona en la descripción del caso, en eventos sociales se muestran juntos estando separados.

Consecuencia de esta dinámica es la construcción de vínculos empobrecidos, debilitados, dependientes tal como puede observarse en varios de los casos presentados generándose relaciones emocionales estrechas o distantes.

- *Respecto a la comunicación:* tal como se observa en la totalidad de los casos, entre algunos o entre todos los miembros de la familia, el tipo de comunicación es confusa. Esto implica que hay mensajes incompletos, poco explícitos, contradictorios. Asimismo, las secuencias comunicacionales pueden caracterizarse como "radial centrífuga" en donde la comunicación es desde un miembro de la familia hacia los otros, y también como "desordenada" en donde la comunicación es simultánea y hay mensajes yuxtapuestos entre los diferentes miembros.

Este tipo de comunicación puede apreciarse en el caso 5 en donde a lo largo de las entrevistas, se observa una disputa constante entre la madre y la hermana del paciente por el relato de los hechos. Ambas demuestran tener grandes dificultades para dejarle el espacio al otro, hecho que se traduce en la falta de autonomía del paciente y en la permanente demanda hacia él.

Dentro del concepto de comunicación confusa también pueden observarse transacciones incompletas que generan incertidumbre y mensajes sin concluir. Tal es

el caso 1 en donde no se generó un espacio por parte de la familia para que el paciente pueda elaborar el duelo del fallecimiento de su padre. Las mismas características comunicacionales se desprenden del caso 5 en donde el paciente manifiesta no tener conocimiento sobre las razones de la separación de sus padres, motivo por el cual elabora conclusiones propias.

Los tipos de familias que anteriormente presentamos, se caracterizan por desorganización en la estructura, por simetría, confusión y/o incumplimiento en el ejercicio de las funciones parentales y familiares; disfunciones en los límites (muy rígidos o muy laxos), relaciones emocionales estrechas o distantes, existencia o ausencia de reglas que articulen las relaciones, procesos comunicacionales deficitarios. Podemos decir**,** entonces, que tales características implican que no solo debemos enfocarnos en el propio grupo familiar sino también en sus relaciones, es decir, en su propia dinámica familiar. Así, contextualizar la problemática tiene sentido ya que por el mero hecho de ser sujetos relacionales, cualquier problemática o conflicto repercute en todo el grupo familiar o social y viceversa. No solo se trata de los conflictos en sí sino de las respuestas que los miembros del grupo dan a esos conflictos.

Los casos que fueron presentados y analizados anteriormente, presentan una característica en común: la imposibilidad en el reconocimiento de la situación problemática que atraviesa al paciente y al grupo familiar (conciencia de enfermedad).

Dicha situación se ve reflejada en el motivo de consulta; puede observarse que en la mayoría de los casos el motivo manifestado por los miembros de la familia está íntimamente asociado al consumo en sí, mientras que lo manifestado por el paciente se

relaciona tanto al deseo de dejar de consumir, como a la necesidad de establecer y fortalecer vínculos y relaciones con su grupo familiar.

La disciplina del Trabajo Social y la intervención profesional exigen determinadas competencias tanto teóricas como prácticas. Ésta parte de lo que se denomina “objeto de intervención” el cual se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y que motivan la consulta a la institución.

El eje central de la intervención profesional se constituye a partir del compromiso de los actores (sujeto-familia-institución-profesional) durante el proceso de tratamiento.

Teniendo en cuenta entonces que la institución es uno de los actores fundamentales, creemos pertinente mencionar que en Proyecto Be, los objetivos de intervención profesional se elaboran y planifican a partir del trabajo interdisciplinario y de las características propias de la institución.

La intervención específica del trabajador social en una institución como Proyecto Be se compone de dos áreas: una interna que implica articular la información con los diferentes profesionales de la institución en relación al abordaje de los casos, facilitar la comunicación entre los miembros de la familia y su adherencia al tratamiento, generar espacios de reflexión sobre el modo de vinculación y sobre mecanismos de resolución de conflictos.

Y una externa que se propone realizar articulaciones con otras instituciones profesionales y con la red ampliada, realizar intervenciones domiciliarias en situaciones específicas, facilitar la ejecución de trámites, generar conciencia de enfermedad y demanda de ayuda.

Es posible el acompañamiento de las familias desde una perspectiva diferente. Si contribuimos a consolidar relaciones familiares más participativas y democráticas, los miembros de la familia podrán tomar decisiones autónomas basadas en un proceso de entendimiento y conocimiento sostenido en sus propios valores y creencias. La mayor contribución para acompañar a una familia es apoyarse en sus propios recursos internos y en sus aspectos saludables apuntando a fortalecer aspectos que le permitan disminuir los problemas y conflictos del futuro.

Conclusiones

Al plantearnos como objetivo general de esta investigación analizar y describir las intervenciones del Trabajador Social en el abordaje de las familias que participan en un tratamiento de adicciones con modalidad de consultorio externo, no podemos dejar de caracterizar la modalidad de tratamiento de la institución que tomamos como referencia, así como también fundamentar la necesidad de participación de la familia.

El estudio realizado es de tipo exploratorio-descriptivo, por lo que se considera necesario aclarar que las conclusiones a las que arribamos intentan describir y/o hacer una aproximación al conocimiento del tema en cuestión.

Partimos de considerar que no existe un único modelo de familia, sino que cada sujeto va a tener su propia noción de acuerdo al grupo familiar en el que se haya desarrollado. Del mismo modo, no existe una única razón o causa universal que determine el desempeño de las funciones parentales; sin embargo, a pesar de esto, se han podido observar y describir los efectos provocados en la dinámica de las familias.

Ningún sujeto conoce con exactitud cómo ejercer la función parental a la perfección, se cometen errores ya sea por la propia historia personal, por los cambios producidos en el transcurso del ciclo vital. No existe una regla general que explique cómo ejercer la función parental con exactitud, así como tampoco son posibles teorías que puedan aplicarse a todos los hogares con éxito. Cada sujeto y su familia tienen su individualidad, motivo por el cual es indispensable el abordaje singular de cada grupo familiar.

Por la complejidad que presenta cada caso y por la estructuración de cada dinámica familiar, es insuficiente un abordaje que esté centrado en único sujeto y no se complemente con la propia realidad de éste; son necesarias, haciendo referencia a los

objetivos de ésta investigación, intervenciones en otras áreas como, por ejemplo, la familiar.

Los trabajadores sociales compartimos con otras profesiones el abordaje de las relaciones intra-familiares, sin embargo, tal y como han explicado los profesionales a los cuales entrevistamos, el ejercicio de nuestra profesión se caracteriza por la amplitud y flexibilidad en la consideración de estas cuestiones.

La formación profesional nos otorga herramientas que permiten indagar y acompañar a las familias en aquellas cuestiones que no pueden resolver, relacionadas con los vínculos, con la comunicación, con la capacidad de relacionarse, con las dificultades que tienen para resolver problemas.

En la intervención con las familias, uno de los objetivos que se plantea es construir conjuntamente para modificar las relaciones familiares, destrabar o desarmar los nudos de la trama familiar. Es de fundamental importancia lograr que la familia adopte una posición firme frente a la situación del paciente asumiendo un compromiso y responsabilizándose.

Asimismo es importante identificar los canales comunicacionales que predominan en determinada dinámica familiar que, según los casos reseñados, se caracterizan, entre otras cosas, por ser confusos. Una vez identificados, se intentará conjuntamente con el grupo familiar, la construcción de un proceso reflexivo con el objetivo de modificarlos.

Si bien como trabajadores sociales atravesamos por un proceso de formación profesional que nos habilita para desarrollar tareas de este tipo, personalmente consideramos que el abordaje de determinadas cuestiones debe ser integral.

La familia, como campo de intervención, es un fenómeno complejo atravesado por diferentes variables que tienen que ver con su constitución, con sus funciones, con ideales culturales, con metas a alcanzar. Esta complejidad requiere, sin dudas, de una formación académica direccionada en este sentido que nos permita intervenir teniendo mayor conocimiento sobre este campo.

Proyecto Be, institución en la cual realizamos nuestra práctica pre profesional, y desde la cual partimos para esta investigación, interviene de manera integral e interdisciplinaria en el abordaje de cada caso particular. Se promueven espacios de formación conjunta como ateneos y supervisiones institucionales y de casos. Su modalidad de abordaje interdisciplinario y ambulatorio responde a los lineamientos de la nueva Ley de Salud Mental enmarcada en el paradigma de la complejidad.

A partir de la elaboración de este trabajo, del análisis de los casos y de nuestra propia experiencia en el paso por Proyecto Be, es que podemos dar cuenta de que el funcionamiento de ciertas dinámicas familiares cooperan o retroalimentan el fenómeno adictivo.

En la mayoría de los casos, no hay un registro que dé cuenta de una asociación entre la forma de relacionarse y vincularse que hacen a la dinámica familiar, y la manifestación de la adicción. Es a través de una intervención externa que se logra un proceso reflexivo característico de nuestra profesión, que permite problematizar individual y grupalmente aquellas cuestiones propias de cada grupo familiar.

En el marco de nuestra intervención creemos que es posible posicionar a la familia y/o grupo de referencia como actores relevantes del proceso, recuperando sus historias, saberes, condiciones de vida y posibilidades, pues si la crisis se genera en el

ámbito de la vida cotidiana del individuo, es allí donde puede encontrarse el sentido de la misma y donde pueden disponerse de recursos para superar tal crisis. Por esta razón la familia o grupo de referencia del paciente se constituyen en un recurso de la intervención del trabajo social.

Nuestro paso por la Institución

Como estudiantes de Trabajo Social, y para dar por concluida nuestra investigación, no podemos dejar de hacer referencia a lo que significó para nuestra formación profesional, el paso por Proyecto Be.

Para comenzar consideramos fundamental mencionar que la supervisión realizada no solamente nos brindó una formación específica de las intervenciones del Trabajador Social en el área de familia, sino que también nos permitió conocer y ser parte de lo que implica una dinámica interdisciplinaria a través de la participación en las reuniones de equipo.

Del mismo modo, tuvimos la posibilidad de formar parte de las supervisiones de casos las cuales se llevan a cabo con el equipo institucional completo y un supervisor externo.

Este espacio tiene como objetivo analizar determinados casos frente a los cuales el propio equipo institucional reconoce dificultades para su abordaje. Desde nuestro punto de vista, son espacios constructivos que permiten reflexionar acerca de las intervenciones profesionales y proponer nuevos lineamientos de acción.

Otro aspecto que no podemos dejar de mencionar es el relacionado a los

motivos de consulta y las demandas de tratamiento. A lo largo de las entrevistas familiares en las cuales participamos pudimos observar cómo el grupo familiar se acerca a la institución manifestando como principal y único motivo el consumo problemático de sustancias de alguno de los miembros, dejando de lado aspectos relacionales y vinculares.

A medida que avanza el tratamiento se trabaja con lineamientos y objetivos de intervención profesional que permiten determinar que el conflicto o situación problemática, no se centra en dicho consumo sino en las causas que lo provocan.

Para lograr los objetivos propuestos, es de fundamental importancia generar un vínculo entre profesional y familia basado en la confianza y en la empatía para lograr indagar sobre la historia y dinámica familiar.

Para finalizar creemos importante mencionar que las entrevistas familiares llevadas adelante por la Trabajadora Social en este dispositivo, se desarrollan en un ámbito privado dentro de un consultorio. Esta particular modalidad de atención, y nuestro interés por el campo de salud, fueron las razones que motivaron la elección institucional durante el período de supervisión.

Bibliografía

- ACKERMAN, N. “Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares” Ed. Paidós, Buenos Aires, 1982.

- AMEIGEIRAS, A. “El Abordaje Etnográfico en La Investigación Social” en Vasilachis, Irene “Estrategias de Investigación Cualitativa” Ed. Gesida, Barcelona, 2000.

- ANDER EGG, E. “Métodos y Técnicas de Investigación Social Vol. III” Grupo Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2000.

- ARROYO RUEDA, M. “Trabajo Social y Terapia Familiar: un binomio en la intervención profesional” en Calvo, Liliana “Trabajo Social Familiar” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2013.

- BARG, L. “La Intervención con Familia” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2010.

- BARG, L. “Las Tramas Familiares en el Campo de lo Social” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2009.

- BERENSTEIN, I. “Del Ser al Hacer” Ed. Paidos, Buenos Aires, 2007.

- BERICAT, E. “La integración de los Métodos Cuantitativos y Cualitativos en la Investigación Social” en “Sobre Tesis y Tesistas”, Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

- CALVO, L. “Familia, Resiliencia y Red Social” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2009.

- CASAMAYOR, A. y MARCHESONI, C. “Salud Mental Infanto Juvenil” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2005.

- Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires “Código de Ética Profesional” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

- DE JONG, E. y otros “Familia: representación y significados” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2010.

- DE NICOLA, A. y DORADO, G. “Actualización en Adicciones II” Ed. Gabas, Buenos Aires, 2002.

- DE ROBERTIS, C. “Metodología de la Intervención en Trabajo Social”, Ed. Lumen Humanitas, Buenos Aires, 2006.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948) «Artículo 16. 3».

- DONOSO, M.P y SALDÍAS P. “Modelo de Intervención para el TS Familiar”, Universidad Católica Blas Cañas, Santiago de Chile, 1998.

- DORADO, G. “Actualizaciones en adicciones II” Ed. Gabas, Buenos Aires, 2002.

- ELICHIRY, N. “Importancia de la Articulación Interdisciplinaria para el Desarrollo de Metodologías Transdisciplinarias” en el libro “El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio” comp. De Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

- EQUIPO DE PROYECTO BE “Características del Adicto. Abordaje Familiar. Intervención Judicial”, material utilizado para capacitación del Patronato de Liberados, 2012.

- EROLES, C. “Glosario de Temas Fundamentales en Trabajo Social” Editorial Espacio, Buenos Aires 2005

- Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW), 2000.

- GARCÍA, R. “Interdisciplinariedad y sistemas complejos” Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, vol. 1, número 1, 2011.

- Grupo Red, Institución de Salud Mental “Interdisciplina, Multidisciplina y Transdisciplina” Cátedra de Psicopatología e Higiene Mental de la carrera de Lic. En Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata, 2012.

- IBAÑEZ TOLOZA, V. “¿Qué es Poner Límites?” Revista Ser, Mar del Plata, 1997.

- IBAÑEZ TOLOZA. V. “Las crisis vitales de la familia” Revista Ser, Mar del Plata, 1997.

- JURJOS TORRES en “Los Equipos de Salud como Equipos Interdisciplinarios” Posgrado de Salud Comunitaria, Módulo 8, Ministerio de Salud de la Nación, 2005.

- KORMAN, V. “Y antes de la droga, ¿Qué?” publicación editada por Grupo Igia, Barcelona, 1995

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada el 25 de Noviembre de 2010, promulgada el 2 de Diciembre de 2010, Boletín Oficial 3 de Diciembre de 2010, Decreto Reglamentario 603/2013.

- LÓPEZ, H. “Las Adicciones, sus Fundamentos Clínicos” Ed. Lazos, Buenos Aires, 2003.

- LORENZO, M. y ZANGARO, M. “Proyectos y Metodologías de la Investigación” Ed. Aula Taller, Buenos Aires, 2006.

- LUPPI, C. “Prepararse para el Trabajo en Equipo” Publicado en <*www.hfainstein.com.ar/articu_frm.html*>

- MANIGOT, M. “Intervenciones desde el vector comunicación” Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1984.

- MENDICOA, G. “Sobre Tesis y Tesistas” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2003.

- MINUCHIN Y FISHMAN “Técnicas de Terapia Familiar” Ed. Paidós, Buenos Aires, 2004.

- NEIMAN, G. y QUARANTA, G. “Los Estudios de Caso en la Investigación Sociológica” en VASLACHIS DE GIALDINO, I. “Estrategias de Investigación Cualitativa”, Ed. Gedisa,

- OMS “Organización mundial de la salud” Publicación Octubre 2009 <*http://www.who.int/es/*>

- OMS “Organización Mundial de la Salud” Publicación 2013 < *www.wo.int/es*>

- OTERO, ALONSO SAINZ y otros “Ley Nacional de Salud Mental N°26.657: Comentarios Interdisciplinarios” Ed. Centro Norte, Buenos Aires, 2011.

- PÉREZ, A. “Familia: enfoque interdisciplinario” Ed. Lugar, Buenos Aires, 2009.

- PUENTES, M. “Detrás de la Droga” Ed. Lugar, Buenos Aires, 2005.

- ROBLES, C. “La Intervención Pericial en Trabajo Social”, Ed. Espacio, Buenos Aires, 2004.

- ROZAS PAGAZZA, M. “Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social” Ed. Espacio, Buenos Aires, 2002.

- SALAZAR FERNÁNDEZ, D. “Didáctica, Interdisciplinariedad y Trabajo Científico en la Formación del Profesor” En ¨ “Didáctica: Teoría y Práctica” Editorial Pueblo y Educación. C de La Habana. 2004.

- VASILACHIS DE GIALDINO, Irene “Estrategias de Investigación Cualitativa” Ed. Gedisa, Barcelona, 2006.

- WATZLAWICK, P. “¿Es Real la Realidad?” Ed. Herder, Barcelona, 2009.

Bibliografía Virtual

- <*http://temas-investigacion.blogspot.com.ar*>

- <*http://www.colegiodetslaplata.org.ar/Legislacion/CodigoEtica/CodigoEtica.pdf*>

- <*http://www.soytrabajosocial.com*> Fecha de publicación: Septiembre de 2009.

- <*http://www.soytrabajosocial.com*> Fecha de publicación: Septiembre de 2009.

- <*http://temas-investigacion.blogspot.com.ar*> Fecha de Publicación: Octubre de 2010.

- <*http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10751.html*>

-<http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>

Anexos

Entrevistas

Entrevistada: Lic. Di Napoli Vita, Carla. Psicóloga

1) ¿Por qué un profesional del Trabajo Social es quien debe estar a cargo del espacio familiar? ¿Cuál es su particularidad?

Creo que por la formación que tienen están preparados para ver muchas cuestiones en relación a la familia, no solamente la dinámica familiar que podría evaluar un psicólogo, sino también las condiciones de vida, las formas de manejarse con ciertas cuestiones que no son solamente comunicacionales o la lectura que hacemos, por ejemplo, un profesional de la psicología en eso; creo que tienen una amplitud en ese sentido que no tenemos nosotros. Además de que tienen otra flexibilidades, a veces los psicólogos somos medios escuetos o complicados para hacer ciertas cosas como por ejemplo una visita domiciliaria o incorporar a alguien más a una entrevista. Creo que el Trabajador Social tiene más flexibilidad e inclusive, estaba acordándome recién, de ciertas cuestiones que pasan en el consultorio del psicólogo que no pasan en el consultorio social o en una entrevista familiar: a veces el familiar habla de ciertas cosas y el trabajador social tiene la tranquilidad de poder hablar de sí o involucrarse en lo que se está hablando y el psicólogo no. Esto a veces, provoca o genera que la familia se pueda identificar más fácil en algunas cuestiones.

Por otro lado, el espacio de psicología tiene que ser más distante y más austero, si se quiere, o más escéptico en ese sentido, pero también la institución tiene que poder jugar desde ese lugar a partir del espacio de familia. Poder decir en qué momento está presente la persona que trabaja con la familia, o que pueda identificarse o sentirse acompañado por la Trabajadora Social a veces es bueno.

2) Teniendo en cuenta que en otras instituciones de esta índole el abordaje familiar se desarrolla en una dinámica grupal, ¿Por qué esta Institución implementa el abordaje familiar desde un espacio individual?

Eso fue por un criterio bastante claro: nosotros, los que armamos, digamos el dispositivo o la idea, veníamos de otras instituciones en las que se trabajaba de esa manera, las famosas “multifamiliares”. Lo que creíamos, y yo sigo creyendo, es que en el espacio de la familia sola se puedan trabajar cuestiones individuales o de la novela familiar que no se pueden trabajar de otra manera, que tienen que ver con la historia de una pareja, de una familia, la llegada de un hijo, se trabaja con el adolescente, inclusive de generaciones anteriores ¿no? Esto de “armar la historia familiar”, cosa que en un espacio grupal eso no sería posible; igual en

algún momento pensamos en la posibilidad de poner un espacio grupal a las familias, pero no en detrimento del espacio éste, familiar individual ¿si? Creo, otro espacio que podría enriquecer, pero no que podría sustituir el espacio de la familia sola. Creo que la familia, por lo menos lo que yo he visto o lo que escucho, es que se apropia de ese espacio, aunque vengan distintos en diferentes momentos o en diferentes entrevistas (por ahí viene el padre, la madre, el hermano) pero se apropian de ese espacio. Saben que ahí, es el espacio para poder hablar de la familia, de la historia, de los conflictos, de los sucesos trágicos o traumáticos de la historia familiar, de la novela familiar, o padres para poder hablar de ellos como hijos, como nietos ¿no?, que es lo que permite después analizar.

Lo que permite el espacio de familia es contextuar mucho lo que es el espacio individual; uno se encuentra con alguien que, por más de que uno aproxime el diagnóstico, a veces termina haciendo el diagnóstico por lo que surge. Cuando uno sabe que una madre tiene ciertas características, uno puede entender algunas cuestiones que pasan en el espacio individual.

3) ¿Por qué es un requisito de la institución que la familia participe del tratamiento?

Porque es un dispositivo ambulatorio. Nosotros trabajamos no solamente con adicciones, de hecho las adicciones para mí no son una patología, es una forma de respuesta; es un “depresivo que consume drogas”, es un “esquizofrénico que consume drogas” entonces generalmente trabajamos con otras cosas porque cuando despejamos un poquito el tema de la droga, cuando deja de ser “el” tema, uno trabaja con otras cosas.

¿Por qué trabajamos interdisciplinariamente? Porque trabajamos con casos que yo en mi consultorio particular no tomaría ni de casualidad, ¿Por qué? Porque no sé si va al psiquiatra, porque deja de venir, porque no hay manera de controlar o hacer un seguimiento de ciertas cosas que pasan. Entonces uno lo pierde al paciente o se da cuenta de que está trabajando al cohete porque uno siempre vuelve al mismo punto y uno no sabe en dónde está el punto pero no está adentro del consultorio. O sea empiezan a surgir una serie de cosas y uno puede abordar el caso desde los diferentes puntos y hacer el seguimiento.

Es un dispositivo ambulatorio, y pensar en trabajar el psiquiatra y psicólogo sólo sin un trabajador social, es imposible porque después vuelve al mismo contexto y se encuentra con la misma situación; hay que preparar conciencia de enfermedad, una serie de cosas con el grupo familiar. De todos modos uno puede pensar en que eso se haga a posterior pero en un ambulatorio no porque la persona vuelve a su contexto familiar cada vez.

4) ¿Qué pautas se tienen en cuenta a la hora de determinar la admisión o no de un paciente a un tratamiento de estas características?

Vuelvo al punto de quiénes son nuestros pacientes. Primer punto que es necesario despejar es si es un paciente para trabajar en un consultorio individual o no, si es un paciente con el que se podría trabajar en psicología solo o en psiquiatría solo, uno no lo admite en un dispositivo complejo. Una vez despejado eso, es necesario que haya compromiso por parte del paciente o de la familia si es menor de edad; de todos modos yo trato de buscar el compromiso o el consentimiento de ambos porque si no después nos queda una pata colgada seguro.

Es necesario saber si tienen las condiciones para poder abonar o no el tratamiento porque también es importante que puedan mantener una continuidad en el tratamiento.

Por otra parte, en cuanto al compromiso con la sustancia, si consume demasiado no hay problema, el tema es si tiene conductas de alto riesgo porque uno piensa que por ahí no hay tiempo y necesita una internación o algo más complejo. Si me encuentro con una psicosis por ejemplo en donde hay un paciente que está consumiendo drogas pero no hace nada durante el día, tal vez un dispositivo ambulatorio no sea lo mejor, tal vez necesite tener algo que cubra una franja horaria. Si yo me encuentro con que no hay familia o la familia no está dispuesta, no puedo pensar en este tratamiento, tengo que pensar en un tratamiento que no requiera del grupo familiar como puede ser la internación. Aunque después en la internación tenga que trabajar que afuera no hay nadie que lo espere y va a tener que salir e independizarse porque si no pueden contar con la familia para el tratamiento, quizás tampoco puedan contar con la familia después. También hemos tomado a prueba, digamos un tiempo, a aquellos que necesitan una internación pero no están listos para una internación, la familia no quiere y entonces tomamos por uno o dos meses al paciente con la idea de que tome conciencia la familia de la importancia de la internación, eso también lo hemos hecho más allá que de entrada pensemos otra cosa.

Entrevistado: Dr. Beltrami, Juan José. Psiquiatra, Director Médico de Proyecto Be.

1) ¿Por qué un profesional del Trabajo Social es quien debe estar a cargo del espacio familiar? ¿Cuál es su particularidad?

Yo porque creo que tiene la formación específica. Tiene las herramientas que, por ejemplo, los médicos no; si bien los médicos pueden tener una entrevista familiar para hablar de cuestiones que se pueden acercar a lo que habla un trabajador social. A mi me parece que un trabajador social tiene eso pero lo incorpora a una cuestión más amplia, una visión más amplia que trasciende no solamente lo sintomático sino que va a cuestiones de la red, de la red ampliada, que eso es raro que los médicos lo estén haciendo ahora; antes sí.

2) Teniendo en cuenta que en otras instituciones de esta índole el abordaje familiar se desarrolla en una dinámica grupal, ¿Por qué esta Institución implementa el abordaje familiar desde un espacio individual?

Porque cuando estábamos pensando, cuando estábamos recién teniendo las primeras ideas de Proyecto Be, una de las cosas que nos parecía importante y que teníamos en común es que Be habíamos trabajado en comunidad terapéutica, y lo que veíamos era que en los grupos de familia venía un representante de la familia, con suerte, a todos los grupos. Nunca venían dos, era muy raro que vinieran dos, o que se turnaran. Eran grupos muy muy grandes y lo que se escuchaban eran a las familias entre sí; que también es importante porque pueden ver los errores, comparar los errores pero lo que no había era un espacio en donde la familia podía escucharse entre los miembros y se podían abrir en un ambiente controlado temas conflictivos.

La idea básica de Proyecto Be en el origen, era tratar de abrir crisis que habían quedado escondidas, sepultadas o en secreto y que, por no estar resueltas, asignaban al paciente el rol de enfermo; esa era nuestra hipótesis. Entonces no quedaba expulsado sino que era el enfermo de la familia, iba por un camino paralelo. La idea de Proyecto Be era, en un espacio familiar e individual, que la familia pudiera abrir esos temas para que la familia volviera a incluir al paciente desde un lugar de salud.

3) ¿Por qué es un requisito de la institución que la familia participe del tratamiento?

Bueno, es un requisito de casi todos los tratamientos que incluyen al paciente con algún tipo de adicción o de patología crónica. Cuando vos pensas en rehabilitar o en volver a habilitar la idea es que el paciente va a volver al lugar de donde salió, a la red; y sino preparas la red para recibir a ese paciente que no necesariamente tiene que estar en una remisión completa, va a volver a recaer. Entonces, por eso, el requisito es que es imposible tomar a un paciente en una rehabilitación que tiene en cuenta la cuestión social si la familia que es el origen de todo el resto de la red no está comprendida.

Hay excepciones, muy pocas, en los que, por ejemplo, en uno de los casos que se trabajó, uno del equipo hizo de red familiar. En otro, se pidió la intervención del Tribunal de Familia para exigir que los padres cumplieran con la responsabilidad de sostener el tratamiento. Y por ahí, se podría pensar en otro caso en donde el tratamiento está siendo parte de la red, no es tratamiento, se cayó una guarda de adopción, el tratamiento sostiene al paciente en las otras áreas en donde está inserto. Entonces es tratamiento y es red.

4) ¿Qué pautas se tienen en cuenta a la hora de determinar la admisión o no, de un paciente a un tratamiento de estas características?

Primero que no haya síntomas psiquiátricos agudos que impidan que pueda hacer un tratamiento en forma ambulatoria por consultorio externo; y que permita que el paciente en algún momento pueda ser agrupable. Que la familia lo pueda llegar a contener; que haya una demanda mínima de ayuda o aunque sea algún grado de conciencia de enfermedad tanto en la familia como en el paciente; después el resto sí se va trabajando y reforzando pero eso tiene que estar presente. Básicamente esos serían los criterios, no hay muchas más limitaciones.

En cuanto al sostenimiento del tratamiento desde el punto de vista económico, el esfuerzo lo compartimos porque Proyecto Be forma parte de una ONG y nosotros consideramos que si el paciente, se rompe el lomo (siendo gráficos) le damos una beca; es decir, si está la demanda de ayuda, la conciencia de enfermedad, el esfuerzo del paciente y no es agudo, seguramente una ayuda va a tener durante un tiempo limitado; tratamos de que lo económico no sea el criterio de eliminación.

Entrevistada: Lic. Gastiarena, Cecilia. Trabajadora Social.

1) ¿Cuál es la especificidad de la profesión de Trabajo Social, que posibilita el abordaje familiar dentro de Proyecto Be?

La especificidad del Trabajo Social en cualquier institución no es distintiva, por ahí acá lo que se profundiza es el tema del trabajo familiar pero la visión del trabajo social es la de indagar y acompañar a las familias en las cuestiones que no pueden resolver, que tienen que ver con: los vínculos, con la comunicación, con la capacidad de relacionarse, con las dificultades que tienen para ir resolviendo problemas, que hacen que ante una incapacidad de cualquiera de los miembros de no poder resolver los conflictos de una manera natural o fluida y que padezca algún tipo de adicción, todo esto y hasta la forma de resolver alguna situación conflictiva, hacen que estén imposibilitados.

Lo que hace el Trabajo social desde mi punto de vista es ayudar a ir destrabando o desarmando esos nudos de la trama familiar. Muchas veces la excusa es el trabajar con la demanda de buscar una solución al problema que tiene el paciente que es el chivo expiatorio de la situación familiar. El trabajador social lo que intenta ver es, una situación diagnóstica, ver con quién cuenta, quiénes están dispuestos, sobre todo en este tipo de tratamiento como es el de Proyecto Be que hace especial hincapié en el eje social y en la familia como soporte del tratamiento. Todo esto es lo que hace el trabajador social para poder pasar, en un segundo momento, al tema de los vínculos, qué pasa con estos vínculos. Con los vínculos también uno ve qué pasa con las funciones parentales, qué pasa con estos padres y con estos hijos, cómo se vinculan, qué cosas están perdiendo por el conflicto que los aqueja, y esto por ahí para mi es uno de los momentos más ricos pero también más minuciosos porque donde no siempre se ve el avance, donde por ahí las familias en el área de familia, donde comparte el espacio un trabajador social donde por ahí se animan más fluidamente a preguntar, pero también tienen la necesidad de buscar recetas: qué hago, decime cómo le pongo límites.

Es un espacio de reflexión donde hay cuestiones desde lo cotidiano que se trabajan: cómo se organizan, qué pasa, qué esperan, donde las expectativas juegan mucho, se trabaja mucho el tema de la frustración; qué es lo que yo esperaba de marido, de mi mujer o de mi hijo y qué es lo que está pasando ahora. El tema de la frustración tiene que ver también con reconocer la situación que está atravesando cualquiera de los miembros de la familia pero también es un proceso doloroso porque el descubrir que alguno de los miembros tiene una enfermedad que va a estar imposibilitado y va a tener que hacer un tratamiento especial y

donde la contención y acompañamiento va a ser de por vida, es muchos casos es doloroso entonces el trabajador social lo que hace es acompañar pata ir poniendo palabras a lo que la familia ya sabe. Muchas veces se trabaja y la familia ya sabe lo que le pasa al paciente, lo que necesita es que alguien se las diga. El poder dar cuenta de las dificultades todo nos toca a los trabajadores sociales por más de que después lo trabajen en otros espacios (psiquiatría, psicología, grupo).

Pienso en la familias que me han ido tocando y si uno dice: ¿qué es lo rico de trabajar en Proyecto Be? es esto, la riqueza está en la mirada interdisciplinaria, en la discusión grupal del equipo pero también en la posibilidad que uno tiene de indagar o de bucear con la familia otras posibilidades. Pero en verdad lo que hace el trabajador social es trabajar con todas estas cuestiones que trae la familia que tienen que ver también con el imaginario de lo que es la familia: “yo pretendía que me hija fuera profesional o que tuviera otras aspiraciones, y no consigue laburo o no puede levantarse”. La forma de vincularse poder ver cómo llegan acá y si alguna vez pudieron hacer algo diferente; yo lo que les digo mucho es que ellos lo que aprenden son herramientas que les tienen que servir a lo largo de la vida. Cuando vuelvan a tener una situación complicada ellos ya saben cómo lo resolvieron y que alguna vez lo pudieron resolver. Cuando uno aprende a resolver situaciones complicadas te sirve para toda la vida, la posibilidad de ir cambiando y viendo que no es imposible resolverlas; que no tenes que volverte violento o empezar a consumir para resolverlas o ante la imposibilidad de resolverlas. Con cada grupo familiar uno va teniendo distintos planes de trabajo, “bueno hasta acá se puede”; el marco es Proyecto Be pero después el tratamiento es muy personalizado.

2) ¿Podría describir algunas de las intervenciones del Trabajador Social en el abordaje de las relaciones intrafamiliares de acuerdo con las características de este tipo de tratamiento?

Se incluye en la respuesta de la pregunta N°1.

3) ¿Por qué es importante que la familia participe del tratamiento dentro de un espacio propio?

Porque me parece que muchas de las familias que llegan a Proyecto Be lo que dicen es que primero, en otras instituciones no tienen un espacio propio, tienen un espacio grupal en donde participan las familias pero donde ellos no pueden contar ni ser contenidos individualmente. La familia muchas veces desautoriza cuestiones que se manejan

institucionalmente primero piden lineamientos y son bastantes amplios porque no es una Institución que tenga líneas conductistas sino es psicoanalítica entonces los pocos lineamientos que se les pueden dar a las familias para que se manejen en ese ámbito después las terminan incumpliendo. Entonces es cuando boicotean, que tiene que ver con la forma de relacionarse; qué les pasa como padres que no pueden poner límites, que no pueden ayudar a sus hijos a ser adultos, que cuando sus hijos empiezan a encaminarse terminan ellos mismos boicoteando la posibilidad de resolución del conflicto, no es casual.

Es alguien que viene planteando un padecimiento a quien se lo pone como paciente pero en realidad también la familia está aquejada de este padecimiento y de las formas de ahogarse o de "fumarse" las situaciones de la vida, lo que no puede resolver se lo termina tomando o fumando. Después cuando empezas a indagar te das cuenta que está muy relacionado el paciente con la familia. Yo muchas veces lo que siento es que el paciente es mucho más "sano" que el resto de la familia.

4) ¿Cuáles son los criterios que se tienen en cuenta a la hora de determinar la frecuencia y participación de los miembros la familia?

Los criterios tienen que ver con la conflictiva misma familiar pero también según el momento que esté atravesando la familia. Esto de ver lo que "no pudo", de lo que "no va a poder", de lo que "pudo haber hecho", todas estas cosas que empiezan a analizar y cómo ir modificándolas, muchas veces también trae una angustia o ruidos por lo menos.

Entonces en la primera etapa del tratamiento uno tiene una frecuencia semanal con los padres, a medida que el tratamiento va siendo más fluido y las situaciones problemáticas empiezan a encausarse, uno empieza a tener una frecuencia quincenal y empieza a darle participación a otros miembros de la familia para que esto sea más fluido. A mí lo que me ha pasado es evaluar sobre todo la situación de los padres y poder ver cómo está el hijo o el marido para ver si es necesario o si no, cómo están en el momento (si tienen más quilombo, menos quilombo) las situación es más fluida; si pueden ir resolviendo los problemas solos u otras veces, que tienen que ver más que nada con las recaídas con los momentos de mucha duda de ellos mismos de la posibilidad de resolverlos solos o no. La frecuencia tiene que ver con eso desde el Trabajo Social, después hay cuestiones que tienen que ver con la mirada global que muchas veces uno piensa en espaciar la frecuencia y en los otros espacios o en la reunión de equipo se ve la necesidad de continuarlo. Cuando se vuelve muy frecuente pasa también que uno termina trabajando otras cuestiones con la familia, se desfigura el espacio.

Entrevistada: Lic. Blanc, Patricia. Trabajadora Social

1) ¿Cuál es la especificidad de la profesión de Trabajo Social, que posibilita el abordaje familiar dentro de Proyecto Be?

La especificidad de la profesión en cuanto al abordaje familiar es que justamente el abordaje familiar forma parte de la intervención y de la acción del trabajador social desde siempre. También las dimensiones del sujeto con las que trabajamos el nivel individual, grupal, familiar y comunitario.

2) ¿Podría describir algunas de las intervenciones del Trabajador Social en el abordaje de las relaciones intrafamiliares de acuerdo con las características de este tipo de tratamiento?

Las intervenciones en este tipo de tratamiento están basadas en la modalidad integral que presenta el dispositivo. Desde el rol del trabajador social lo que intento con las familias es que puedan pensar en lo que los convoca a este tratamiento (generalmente es un familiar, el paciente, el denunciante de una problemática que los atañe), que puedan reflexionar, que puedan ver las capacidades que tienen para poder ser parte del problema pero también ser parte de la solución. La idea es un trabajo participativo desde el enfoque y desde el nuevo paradigma de derechos humanos, pensando en el tratamiento de las adicciones aunque es un dispositivo de salud mental amplio.

Les cuesta dimensionar el problema, la concepción del problema que los trae a acá está puesta en el paciente, el problema es él y les cuesta reconocerse a ellos como parte. Muchas veces está puesto afuera del sujeto también: son los amigos, la sustancia, la oferta y nunca pensar como una relación que establece el paciente con la sustancia, que es lo que pasa. Y mucho menos pensar en qué función cumple la sustancia en la vida de esa persona; lo que más cuesta es que puedan dimensionar que el problema pasa por otro lado, más allá de que muchas veces el entorno favorece, pero les cuesta enfocarse en eso o trabajar eso. Y también problemas, por supuesto de comunicación, revisar cuáles son las pautas de interacción que han construido como familia a lo largo de tantos años, creo que lo que más tiempo lleva es eso y a nosotros también. Primero ver qué es lo que trae, identificar dónde están esa interacción no saludable y tratar de favorecer que ellos puedan reconocer eso y que sean partícipes del cambio, ver qué pueden mejorar, qué pueden cambiar pensándose como sistema: el cambio de uno va a repercutir sin dudas en el otro.

3) ¿Por qué es importante que la familia participe del tratamiento dentro de un espacio propio?

Un poco por todo esto que vengo diciendo porque la problemática del consumo o de la salud mental en general tiene que ver con el sujeto pero tiene que ver con el contexto más amplio también. Acá trabajamos con el contexto más cercano, con lo micro social pero es en realidad una problemática social; es sumamente importante porque son parte del problema pero también parte de la solución, y que ellos puedan encontrar entre sus habilidades o sus capacidades para enfrentar este problema juntos es fundamental, además porque nadie puede solo.

En cuanto al espacio propio, no sé por qué esta institución lo pensó así. Podría ser un espacio grupal, trabajo en otra institución que lo hace en forma grupal y también me parece que es rico e interesante pero por supuesto que en el espacio individual se pueden trabajar otras cuestiones que tienen que ver con la particularidad y la singularidad de ese caso, de esa familia; pensar y repensar su historia, hay cuestiones que me parece que en lo individual se pueden abordar en profundidad y con otras características que también me parece sumamente importante.

4) ¿Cuáles son los criterios que se tienen en cuenta a la hora de determinar la frecuencia y participación de los miembros la familia?

Al principio trato de que vengan todos los miembros que haya dispuesto de alguna manera el paciente que participen, por lo menos para conocerlos y ver qué disposición tienen para trabajar y acompañar al paciente. La frecuencia se va estableciendo por ahí con los que son más significativos, más cercanos, más conflictivos, depende de cada situación en particular pero en general la frecuencia se va estableciendo en ese sentido.

Es estratégico, lo vas evaluando en cada caso. Por ahí con quien crees que podes establecer algún tipo de alianza terapéutica que va a favorecer el cambio en los demás. Me estoy acordando de un caso en el que con el padre es muy difícil de abordarlo pero estoy tratando de trabajar con la madre para encauzar, y cada tanto lo cito al padre pero realmente es muy difícil llegar, es una persona muy cerrada, tiene un sistema de creencias respecto al tema de las adicciones que le hacen muy difícil poder aceptar; sé que le molesta participar entonces trato de que venga porque además es muy importante porque justamente es con el que más conflicto está teniendo el hijo pero lo vamos espaciando.

Es fundamental también el momento del tratamiento, por eso es fundamental en la primer etapa conocerlos a todos porque se intenta reconstruir un poco la historia y que ellos reconstruyan la historia familiar porque tiene que ver con poder comprender mejor cuál es la situación pero también los ayuda a pensar y a pensarse como parte de esa historia familiar compartida, qué les pasó.

Me parece sumamente importante que haya un trabajador social en el equipo, es una parte fundamental y no es lo habitual. Eso también habla de cuál es la postura del dispositivo y desde qué paradigma se interviene, no centrado en la sustancia, no desde la toxicología sino desde la relación del sujeto con lo que viene a cumplir una función de placer que después se transforma en dolor. Y esto habla de un abordaje integral, interdisciplinario, que no es lo común, está buenísimo.

LEY PROVINCIAL DE TRABAJO SOCIAL N° 10751

COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES

Texto actualizado con las modificaciones introducidas por las
Leyes 10.920, 11.855 y 12.008 -

EL SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES SANCIONAN CON FUERZA DE LEY

TÍTULO I

"DEL COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES O TRABAJADORES SOCIALES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES"

CAPÍTULO I
REQUISITOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL

ARTICULO 1°: El ejercicio de la profesión de Asistente Social en al jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires queda sometido a las disposiciones de la presente Ley.

ARTICULO 2°: A los efectos de la presente ley, considérese Ejercicio Profesional del Servicio o Trabajo Social a la actividad de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinadas a la atención de situaciones de carencia, desorganización y desintegración social que afectan a personas, grupos y comunidades y sus interrelaciones, así como la de aquéllas situaciones cuyos involucrados requieran el conocimiento y técnicas que determinen sus títulos habilitantes. La actividad profesional, por sí o en el marco de servicios institucionales y programas integrados de desarrollo social tiende al logro de una mejor calidad de vida en la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo.

Asimismo considérase ejercicio profesional del servicio social o trabajo social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia.

ARTICULO 3°: (Texto según Ley 10.920) Podrán ejercer el Servicio o Trabajo Social en la Provincia de Buenos Aires en forma libre y/o en relación de dependencia, previa matriculación en los colegios que se crean por la presente Ley:

a) Quienes acrediten poseer títulos de Asistente Social; Asistente Social y de Salud Pública, Licenciado en Trabajo Social; Trabajador Social; Licenciado en Servicio Social; Licenciado en Servicio Social de Salud; Doctor en Servicio Social; Doctor en Trabajo Social; Técnico Universitario en Minoridad y Familia y Licenciado en Desarrollo Social o sus equivalentes expedidos por las Universidades Públicas o Privadas; o Instituciones de

Enseñanza Terciaria no Universitaria, Oficiales o Privadas que se encuentren oficialmente reconocidas.

b) Quienes tengan título otorgado por Universidades Extranjeras, el que deberá ser revalidado en la forma que establezca la legislación vigente.

Las incumbencias profesionales correspondientes a los títulos antes indicados, serán las que le otorguen las normas nacionales o provinciales respectivas, según el caso.

ARTICULO 4°: (Texto según Ley 10.920) Podrán matricularse por única vez hasta el 31 de diciembre de 1.991, quienes acrediten haber desempeñado cargos o empleos públicos o privados por un mínimo de cinco (5) años para los que se requieren cualquiera de los siguientes títulos otorgados, y/o reconocidos por la Provincia de Buenos Aires: Asistente Social Criminológico, Trabajador Social, Visitador de Higiene Social, Visitador de Salud Pública, Visitador de Bienestar Social, Visitador de Higiene, Visitador de Higiene Social Escolar, Asistente Escolar, Asistente Social Escolar, Asistente Social y Educacional, Asistente Social y Legal, Asistente Social, Asistente Social Profesional, Maestro Especializado en Asistencia Social Escolar, Técnico en Organización y Desarrollo de la Comunidad, Educador Sanitario.

ARTICULO 5°: (Texto según Ley 11.855) Los profesionales del Servicio Social, podrán ejercer su profesión en relación con las siguientes áreas y actividades:

a) Justicia, Educación, Salud, Minoridad, Ancianidad, Discapacitados, Fuerzas Armadas y Seguridad, Comunidades Urbanas, Comunidades Rurales, Comunidades Indígenas, Empresas y Relaciones Laborales, Previsión y Seguridad Social, Vivienda, Recreación y Deportes, Migraciones y todas aquellas áreas en que deba tratarse el bienestar social, así como aquellas que pudieren en lo sucesivo requerir de sus conocimientos específicos.

Podrán hacerlo en forma individual o integrada en equipos multidisciplinarios, según las exigencias que la prestación requiera.

Los dictámenes y demás actos efectuados en su ejercicio profesional serán válidos en toda actuación ante autoridad pública o entidad privada, sin más requisito que la rúbrica y sello del profesional habilitado, matriculado ante el colegio respectivo.

b) Asesoramiento en la determinación de políticas de acción social o comunitario a nivel nacional, provincial, o municipal.

c) Participación en la formación, organización, conducción y administración de servicios de bienestar social, públicos o privados.

d) Investigación, planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de acción social promoción comunitaria, como así también de aquellos que fueren de su específica competencia.

e) Desempeño de direcciones, cargos, funciones, misiones o empleos privados o públicos de servicio social de oficio o a propuesta de parte.

CAPÍTULO II
DE LA INSCRIPCION DE LA MATRICULA

ARTICULO 6°: La inscripción de la matrícula se efectuará solicitud del interesado, quien deberá dar cumplimiento a los requisitos que a continuación se determinan:

a) Acreditar la identidad.

b) Presentar el título profesional de conformidad con los artículos 3° y 4° de esta ley.

c) Declarar domicilio real y legal, éste último en jurisdicción provincial.

d) Declarar no estar afectado por las causales de inhabilitación para el ejercicio profesional.

ARTICULO 7°: Están inhabilitados para el ejercicio profesional:

a) Los condenados criminalmente por la Comisión de Delitos de carácter doloso, mientras dure la condena.

b) Todos aquellos condenados a pena de inhabilitación profesional, mientras dure la misma.

c) Los fallidos o concursados, mientras no fueran rehabilitados.

d) Los excluidos o suspendidos en el ejercicio profesional en virtud de sanción disciplinaria, mientras dure la misma.

ARTICULO 8°: El Colegio verificará si el profesional reúne los requisitos exigidos por esta ley para su inscripción y se expedirá dentro de los quince (15) días corridos de presentada la solicitud. En caso de comprobarse que no se reúnen los requisitos, el profesional tendrá derecho a formular una apelación por ante el Consejo Superior, dentro del plazo de cinco (5) días de notificada la denegatoria. La apelación deberá presentarla por escrito y fundarla.

ARTICULO 9°: La matrícula podrá ser cancelada o suspendida.

Serán causales para la cancelación de la matrícula:

1) Enfermedad física o mental perramente que inhabilite para el ejercicio de la profesión.

2) Muerte profesional.

Serán causales para la suspensión de la matrícula:

3) La petición del propio interesado.

4) Inhabilitación o compatibilidades previstas en la presente ley.

ARTICULO 10°: El profesional cuya matrícula haya sido suspendida podrá presentar nueva solicitud, en el caso del inciso 4) del artículo 9°, probando ante el Consejo Superior haber desaparecido las causales que motivaron dicha suspensión.

ARTICULO 11°: La decisión de suspender, cancelar o denegar la inscripción en la matrícula, será tomada fundadamente por el Consejo Superior, mediante el voto de los dos tercios (2/3) de la totalidad de los miembros que lo componen.

Esta medida será apelable mediante recurso de revocatoria interpuesto ante el mismo Consejo Superior dentro del término de cinco (5) días hábiles de notificada la decisión. En caso de que fuera desestimado, **podrá recurrirse en apelación ante la Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial en Turno del Departamento Judicial de La Plata, dentro de los diez (10) días hábiles de practicada la correspondiente notificación**, aplicándose el procedimiento establecido por el Decreto-Ley 9.398/79 y su modificatorio Decreto-Ley 9.671/81, o l que en el futuro lo modificare o sustituyere. **(NOTA: Por ley 12.008 resultan competentes los Tribunales Contencioso-Administrativos)**

ARTICULO 12°: La matriculación obligatoria en el Colegio creado por esta ley, para el ejercicio profesional, no implica restricción a los profesionales en el libre ejercicio del derecho de asociarse o agremiarse con fines útiles.

CAPÍTULO III
DEBERES Y DERECHOS DE LOS PROFESIONALES

ARTICULO 13°: Son deberes y derechos de los profesionales:

1) Ser defendidos por el Colegio a su pedido y previa consideración de los Organismos del mismo en todos aquellos casos en que sus intereses profesionales, en razón del ejercicio de la profesión, fueran lesionados.

2) Proponer por escrito o verbalmente a las autoridades del Colegio las iniciativas que consideren necesarias para el mejor desenvolvimiento institucional.

3) Utilizar los servicios y dependencias que, para beneficio general de sus miembros determine el Colegio.

4) Comunicar dentro de los treinta (30) días de producido, todo cambio de domicilio real y legal.

5) Emitir su voto en las elecciones y ser electo para desempeñar cargos en los órganos directivos del Colegio.

6) Denunciar al Consejo Directivo o Consejo Superior, los casos de su conocimiento que configuren ejercicio ilegal de la profesión.

7) Colaborar con el Colegio en el desarrollo de su cometido, contribuyendo al prestigio y progreso de la profesión.

8) Cumplir estrictamente las normas legales en el ejercicio profesional, como también las reglamentaciones internas, acuerdos y resoluciones emanadas de las autoridades del Colegio.

9) Abonar con puntualidad las cuotas de Colegiación a que obliga la presente ley.

10) Integrar las Asambleas y concurrir con voz a las Sesiones del Consejo Directivo del Distrito y del Consejo Superior.

11) Comparecer ante las autoridades del Colegio cuando sea requerido

CAPITULO IV
RÉGIMEN DISCIPLINARIO

ARTICULO 14°: Es obligación del Colegio fiscalizar y promover el correcto ejercicio de la profesión y el decoro profesional de sus colegiados, a cuyo efecto se le confiere poder disciplinario, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y penales.

La potestad disciplinaria, de la que se trata en el presente artículo, será ejercida por el Tribunal de Disciplina.

ARTICULO 15°: Los profesionales colegiados conforme a esta ley, quedan sujetos a la potestad disciplinaria del Colegio por las siguientes causas:

1) Condena criminal por comisión de delitos y/o imposición de las accesorias de inhabilitación profesional, siempre que los hechos tuvieren relación directa e inmediata con la profesión.

2) Violación de las disposiciones de esta Ley, de su reglamentación o del Código de Etica Profesional.

3) Retardo, negligencias frecuentes, ineptitud manifiesta y omisiones en el cumplimiento de las obligaciones legales y deberes profesionales.

4) Infracción manifiesta o encubierta de las normas referentes a aranceles y honorarios, conforme a lo prescripto en la presente y otras leyes.

5) Violación del régimen de incompatibilidad establecido en esta ley.

ARTICULO 16°: Las sanciones disciplinarias, que en todos los casos se aplicarán conforme a lo que establezca la Reglamentación son las siguientes:

1) Advertencia privada ante el Tribunal de Disciplina, o ante el Consejo Superior.

2) Censura, en las mismas formas previstas en el inciso anterior.

3) Censura pública, a los reincidentes de las sanciones precedentes.

4) Multa de hasta treinta (30) veces el importe de la cuota anual de matriculación.

5) Suspensión de hasta dos (2) años en el ejercicio de la profesión.

6) Cancelación de la matrícula.

ARTICULO 17°: Sin perjuicio de la aplicación de las medidas disciplinarias establecidas en el artículo anterior, el matriculado hallado culpable podrá ser inhabilitado, temporaria o definitivamente, para formar parte de los órganos de conducción del Colegio.

ARTICULO 18°: Las sanciones previstas en el artículo 16° incisos 3, 4, 5 y 6, se aplicarán por el Tribunal de Disciplina con el voto de por lo menos cuatro (4) de sus miembros y serán apelables, de acuerdo a lo normado por el artículo 11°, segundo párrafo. **(NOTA: Por ley 12.008 resultan competentes los Tribunales Contencioso-Administrativos)**

ARTICULO 19°: El Consejo Directivo del Distrito resolverá ante la comunicación de irregularidades cometidas por un colegiado si cabe instruir proceso disciplinario. En caso afirmativo remitirá los antecedentes al Tribunal de Disciplina.

ARTICULO 20°: El Tribunal de Disciplina dará vista de las actuaciones instruidas al imputado, emplazándolo en el mismo acto para que presente pruebas y alegue su defensa dentro de los treinta (30) días corridos, a contar desde el día siguiente al de su notificación. Producidas las pruebas y presentada la defensa, el Tribunal resolverá la causa dentro de los sesenta (60) días

corridos y comunicará su decisión al Consejo Superior para su conocimiento y ejecución de la sanción correspondiente. Toda resolución del Tribunal deberá ser siempre fundada.

ARTICULO 21°: En el caso de que la sanción recaída sea de cancelación de la matrícula, el profesional no podrá solicitar su reincorporación hasta transcurrido el plazo que determine la Reglamentación, el que no podrá exceder de cinco (5) años.

ARTICULO 22°: Las acciones disciplinarias prescriben a los dos (2) años de haberse tomado conocimiento del hecho que dé lugar a la sanción. La prescripción se interrumpirá durante la tramitación del proceso disciplinario.

ARTICULO 23°: El Tribunal podrá ordenar de oficio las diligencias probatorias que estime necesarias, pudiendo requerir la información a las Reparticiones Públicas o Entidades Privadas. Mantendrá el respeto y decoro debido durante el procedimiento, estando facultado para sancionar con pena de multa a los matriculados que no lo guarden o entorpeciere. El monto de la multa a los matriculados se fijará en atención al caso particular, pero no podrá exceder del equivalente a la cuota anual de matriculación.

TITULO II
"DEL COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES"

CAPÍTULO I
CARÁCTER Y ATRIBUCIONES

ARTICULO 24°: Créase el Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Buenos Aires, el que funcionará con el carácter de persona jurídica de derecho público no estatal.

ARTICULO 25°: El Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Buenos Aires tendrá su asiento en la ciudad de La Plata.

ARTICULO 26°: El Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Buenos Aires tendrá los siguientes deberes y atribuciones:

1) Ejercer el gobierno de la matrícula de los Asistentes Sociales habilitados para actuar profesionalmente en el ámbito de la Provincia.

2) Realizar el contralor de la actividad profesional en cualquiera de sus modalidades.

3) Combatir y denunciar ante las autoridades administrativas y judiciales el ejercicio ilegal de la profesión, arbitrado en su caso las medidas conducentes para hacer efectiva la defensa de la profesión o la de sus colegiados.

4) Ejercer el poder disciplinario sobre sus colegiados y aplicar las sanciones a que hubiere lugar.

5) Dictar su Código de Etica Profesional y su Reglamento Interno.

6) Propiciar las reformas que resulten necesarias en lo concerniente al ejercicio profesional.

7) Asesorar a los poderes públicos en asuntos relacionados con el ejercicio de la profesión de sus colegiados.

8) Gestionar ante las autoridades pertinentes la delimitación de las incumbencias profesionales de sus matriculados.

9) Asesorar al Poder Judicial, cuando éste lo solicite acerca de la regulación de los honorarios profesionales por la actuación de sus colegiados en peritajes judiciales o extrajudiciales.

10) Colaborar con las autoridades universitarias y terciarias no universitarias en la elaboración de planes de estudio y estructuración de la Carrera de Asistente Social.

11) Integra organismos profesionales provinciales y nacionales del país o del extranjero, en especial con aquellos de carácter profesional o universitario.

12) Defender a los miembros del Colegio para asegurarle el libre ejercicio de la profesión conforme a las leyes.

13) Promover el desarrollo social, el progreso científico y cultural y al actualización perfeccionamiento de sus colegiados.

14) Representar a los colegiados de la Provincia ante las entidades públicas o privadas.

15) Promover la participación por sus delegados en reuniones, conferencias o congresos.

16) Propender al logro de los beneficios inherentes a la seguridad social de los colegiados.

17) Establecer el monto y la forma de percepción de las cuotas de matriculación y ejercicio profesional.

18) Fundar y mantener bibliotecas con preferencia de material referente a la profesión, como así editar publicaciones de utilidad profesional.

19) Proponer el régimen de aranceles y honorarios para el ejercicio profesional y gestionar su aprobación por los poderes públicos.

20) Adquirir y administrar bienes, los que sólo podrán destinarse al cumplimiento de los fines de la Institución.

21) Aceptar donaciones y legados.

22) Realizar toda otra actividad vinculada con la profesión.

ARTICULO 27°: El Colegio de Asistentes Sociales de la Provincia de Buenos Aires podrá ser intervenido por el Poder Ejecutivo cuando mediare apartamiento notorio en cuestiones ajenas a las asignadas por la Ley de su creación, o cuando no se cumplieran con las finalidades de la misma. En ambos supuestos, el Poder Ejecutivo deberá intervenir al sólo efecto de su reorganización por un plazo no mayor de noventa (90) días. Si la reorganización no se realizara en el plazo indicado precedentemente, cualquier colegiado podrá accionar **ante la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires para que ésta disponga la reorganización dentro del plazo que prudencialmente fije. (NOTA: Por ley 12.008 resultan competentes los Tribunales Contencioso-Administrativos)**

ARTICULO 28°: El Colegio de la Provincia podrá intervenir a cualquier Colegio de Distrito por el voto de dos tercios (2/3) de los miembros presentes del Consejo Superior, cuando advierta que actúa en cuestiones notoriamente ajenas a las específicas y exclusivas que la presente Ley asigne, o no hace cumplir las mismas. La intervención se realizará al sólo efecto de su reorganización, la que deberá cumplirse dentro del plazo improrrogable de sesenta (60) días corridos.

ARTICULO 29°: La Asamblea podrá disponer la creación de Departamentos por especialidades si en el ámbito del ejercicio profesional inherente el Colegio creado por la presente ley, surgiera la conveniencia de ordenar la gestión colegial o ramas o especialidades afines.

CAPÍTULO II
AUTORIDADES DEL COLEGIO

ARTICULO 30°: Son órganos directivos del Colegio de la Provincia de Buenos Aires:

1) La Asamblea.

2) El Consejo Superior.

3) El Tribunal de Disciplina.

CAPÍTULO III
DE LAS ASAMBLEAS

ARTICULO 31°: La Asamblea es la autoridad máxima del Colegio, estará integrada por los miembros titulares de los Consejos Directivos de los Colegios de Distrito. Cada uno de los representantes tendrá derecho a un (1) voto.

Ante la imposibilidad fundada de participación en la Asamblea de los miembros titulares, cada Colegio de Distrito podrá incorporar a los suplentes que le corresponda.

La Asamblea será presidida por el Presidente del Colegio, el que sólo tendrá voto en caso de empate.

ARTICULO 32°: En las Asambleas podrán participar con voz, pero sin voto, todos los profesionales matriculados en la Provincia que se encuentren en el pleno ejercicio de sus derechos de colegiado.

ARTICULO 33°: Las Asambleas podrán ser de carácter ordinario y extraordinario y serán convocadas con por lo menos treinta (30) días corridos de anticipación para las primeras y con diez (10) días corridos para las segundas, mediante publicación durante tres (3) días corridos en el Boletín Oficial y en un Diario de circulación en toda la Provincia. En todos los casos deberá establecerse el Orden del Día para el que fuera citado con la misma anticipación. En las Asambleas sólo podrán ser tratados los temas incluidos en el Orden del Día de la convocatoria, siendo absolutamente nula toda resolución que se adopte en temas o cuestiones no incluidas en él.

En las Asambleas se llevará un Libro en el que se registrará la firma de los asistentes.

ARTICULO 34°: La Asamblea Ordinaria se reunirá una vez cada año, en el lugar, fecha y forma que determine el Reglamento, para tratar la Memoria Anual y Balance del Ejercicio que cerrará el 31 de Diciembre de cada año, el Presupuesto de Gastos y Cálculo de Recursos para el siguiente Ejercicio Económico, tanto para el Colegio Provincial como para los Colegios de Distrito, así como también todas las cuestiones de competencia del Colegio incluidos en el Orden del Día.

ARTICULO 35°: Las Asambleas Ordinarias y Extraordinarias sesionarán con la presencia de los dos tercios (2/3) de los representantes de los Distritos y serán válidas las resoluciones que se adopten por simple mayoría de votos, salvo que por la ley se determine un porcentaje mayor. Los integrantes de la Asamblea que no concurran, sin causa debidamente justificada, se harán pasibles de las sanciones que determine el Reglamento.

ARTICULO 36°: Las Asambleas podrán ser convocadas:

1) Por el Consejo Superior.

2) Por pedido expreso de, por lo menos tres (3) Consejeros Directivos de Distrito.
3) Por pedido expreso de, por lo menos el cinco (5) porciento de los matriculados del Colegio.

CAPÍTULO IV
DEL CONSEJO SUPERIOR

ARTICULO 37°: El Colegio de la Provincia creado por esta ley, será conducido por un Consejo Superior integrado por un (1) Presidente; un (1) Vicepresidente; un (1) Secretario; un (1) Tesorero y tantos vocales titulares y suplentes como Colegios de Distritos hubiere, los cuatro (4) mencionados en primer término constituirán la Mesa Ejecutiva.

ARTICULO 38°: Los miembros de la Mesa Ejecutiva serán elegidos por el voto directo de todos los colegiados que figuren en el Padrón Electoral Provincial, conforme al procedimiento que determina el Capítulo VI, de la presente ley. En caso de haberse constituido por resolución de Asamblea de Departamentos por Especialidades los miembros de la Mesa Ejecutiva no podrán corresponder a un mismo Departamento, excepto en el caso de que todos los Departamentos estuvieran representados en dicha Mesa Ejecutiva. Los vocales titulares y suplentes serán elegidos por el voto directo de los colegiados inscriptos en los Colegios de Distrito, a razón de un (1) vocal y de un (1) vocal suplente por cada Distrito.

ARTICULO 39°: Los integrantes del Consejo Superior durarán tres (3) años en sus funciones y podrán ser reelegidos por dos 82) períodos consecutivos y sin limitación en períodos alternados.

ARTICULO 40°: El Consejo Superior deberá sancionar por lo menos una vez al mes, con excepción del mes de receso del Colegio, determinado por el Consejo Superior, en su primer reunión. El quórum para sesionar válidamente será de la mayoría absoluta de sus miembros titulares, sus resoluciones se adoptarán por simple mayoría de los miembros presentes, salvo los casos contemplados expresamente en la presente ley. En los casos de empate, el Presidente tendrá doble voto.

ARTICULO 41°: El Consejo Superior es el Órgano Ejecutivo y de Gobierno del Colegio, lo representa en sus relaciones con los colegiados, los terceros y los poderes públicos.

ARTICULO 42°: El Consejo Superior sesionará en la Sede del Colegio, pero circunstancialmente podrá hacerlo también en otro lugar de la Provincia, con citación especial y dejando constancia de ello.

ARTICULO 43°: Son deberes y atribuciones del Consejo Superior:

1) Resolver las solicitudes de inscripción en los casos que mediare apelación de acuerdo a lo establecido en el artículo 8°.

2) Vigilar el registro de la matrícula.

3) Fiscalizar el legal ejercicio de la profesión.

4) Cumplir y hacer cumplir esta ley, sus modificatorias y toda norma reglamentaria que en su consecuencia se dicte.

5) Convocar a la Asamblea y fijar el Orden del Día, cumplir y hacer cumplir las decisiones de aquélla.

6) Elevar al Tribunal de Disciplina los antecedentes de las transgresiones a la ley, su reglamentación o normas complementarias dictadas en su consecuencia, así como solicitar la aplicación de las sanciones a que hubiere lugar y ejecutar las mismas formulando las comunicaciones que corresponda.

7) Intervenir los Colegios de Distrito en los casos previstos en el artículo 27°.

8) Administrar los bienes del Colegio y proyectar el Presupuesto Anual del Colegio provincial y de los Colegios de Distrito.

9) Adquirir toda clase de bienes, aceptar donaciones o legados, celebrar contratos y en general, realizar todo acto jurídico relacionado con los fines de la Institución.

10) Enajenar a título oneroso los bienes muebles e inmuebles registrables del Colegio, o constituir derechos reales sobre los mismos, "ad referéndum" de la Asamblea.

11) Representar a los colegiados ante las autoridades administrativas y las entidades públicas o privadas adoptando las disposiciones necesarias para asegurarles el ejercicio de la profesión.

12) Proyectar las facultades previstas en el artículo 26°, incisos 5, 6 y 7, y elevarlas a la aprobación de la Asamblea.

13) Establecer el monto y la forma de hacer efectivas las cuotas de matriculación y de ejercicio profesional "ad referéndum" de la Asamblea.

14) Establecer el plantel básico del personal del Colegio de la Provincia y de los Colegios de Distrito: nombrar, renovar y fijar las remuneraciones del personal del Colegio y establecer sus condiciones de trabajo.

15) Contratar servicios de profesionales que resulten necesarios para el mejor cumplimiento de los fines de la Institución, como así convenir sus honorarios.

16) Propiciar las medidas y normas tendientes a obtener los beneficios de la seguridad para los colegiados, así como gestionar créditos para el mejor desenvolvimiento de la profesión.

17) Expedir los mandatos que resulten necesarios para el mejor cumplimiento para los fines de la Institución.

18) Proponer modificaciones al régimen de aranceles y honorarios de sus colegiados y gestionar su aprobación por los poderes públicos.

19) Intervenir a solicitud de partes en todo diferendo que surja entre los colegiados o entre éstos y sus clientes sin perjuicio de la intervención que corresponda a la Justicia.

20) Celebrar convenios con la Administración Pública o con Instituciones similares, en el cumplimiento de los objetivos del Colegio.

21) Designar y remover delegados para reuniones, congresos o conferencias, así como los miembros de las Comisiones Internas del Colegio.

22) Editar publicaciones y fundar y mantener bibliotecas con preferencia del material referente a la profesión de sus colegiados.

23) Toda otra función administrativa que resulte necesaria para el mejor cumplimiento de los objetivos del Colegio.

ARTICULO 44°: Para ser miembro del Consejo Superior se requiere:

1) Acreditar antigüedad mínima de tres (3) años en el ejercicio de la profesión en la Provincia de Buenos Aires.

2) Tener domicilio real en la Provincia de Buenos Aires.

3) Hallarse en el pleno ejercicio de los derechos de colegiado.

CAPÍTULO V
DEL TRIBUNAL DE DISCIPLINA

ARTICULO 45°: El Tribunal de Disciplina se compondrá de cinco (5) miembros titulares y cinco (5) suplentes que serán elegidos simultáneamente con el Consejo Superior de la misma forma que la Mesa Ejecutiva; durarán tres (3) años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

ARTICULO 46°: Para ser miembro del Tribunal de Disciplina se requerirán diez (10) años de ejercicio profesional y hallarse en el pleno ejercicio de los derechos del colegiado, no pudiendo sus integrantes formar parte del Consejo Superior ni de los Consejos Directivos de Distrito.

ARTICULO 47°: El Tribunal de Disciplina sesionará válidamente con la presencia de no menos de cuatro (4) de sus miembros. Al entrar en funciones el Tribunal designará de entre sus miembros un (1) Presidente y un (1) Secretario. Deberá sesionar asistido por un (1) Secretario "ad hoc" con título de Abogado.

ARTICULO 48°: Los miembros del Tribunal de Disciplina deberán excusarse y podrán a su vez ser recusados por las mismas causales que los Jueces en lo Civil y Comercial de la Provincia de Buenos Aires.

ARTICULO 49°: En caso de recusación, excusaciones o licencias de los miembros titulares, serán reemplazados provisoriamente por los suplentes, en el orden establecido. En caso de vacancia definitiva, el suplente que corresponda en el orden de la lista, se incorporará al Cuerpo con carácter de permanente.

ARTICULO 50°: Las decisiones del Tribunal serán tomadas por simple mayoría de los miembros presentes. En caso de empate, el voto del Presidente será considerado como doble a ese sólo efecto.

CAPITULO VI
DEL RÉGIMEN ELECTORAL

ARTICULO 51°: La elección de las autoridades del colegio se realizará cada tres (3) años, con una anticipación no mayor de quince (15) días a la fecha fijada para la realización de la Asamblea Anual Ordinaria. El Consejo Superior convocará a elecciones con una anticipación no menor de sesenta (60) días de la fecha fijada del acto eleccionario, especificando los cargos a cubrir y las disposiciones reglamentarias que regirán el mismo. El acto eleccionario se realizará en forma simultánea en todos los Distritos, debiendo votar los matriculados a los candidatos a integrar el Consejo Superior, el Tribunal de Disciplina y los Consejos Directivos de Distrito, en listas separadas.

ARTICULO 52°: Las listas que habrán de participar en la elección estarán compuestas por un número de candidatos igual al número de cargos a cubrir y deberán ser oficializadas por la Junta Electoral, hasta treinta (30) días antes de la fecha fijada para el acto. Las listas deberán estar avaladas con las firmas de sus integrantes y patrocinadas por un número no inferior a cien (100) matriculados en condiciones de votar, las listas provinciales y por lo menos veinte (20) matriculados en las mismas condiciones, las listas de Distrito.

ARTICULO 53°: El voto será secreto y obligatorio, debiendo emitirlo personalmente todos los matriculados en condiciones de votar, en los lugares establecidos por la Junta Electoral Provincial. Aquellos matriculados que no cumplieron con la obligación de emitir su voto, sin causa debidamente justificada, serán sancionados con una multa que al efecto fijará el Consejo Superior con anterioridad al acto, y que no podrá ser superior al cincuenta (50) por ciento de la matrícula del año de que se trate.

ARTICULO 54°: Simultáneamente con el llamado a elecciones el Consejo Superior designará tres (3) matriculados quienes conjuntamente con los apoderados de las listas participantes en el acto, compondrán la Junta Electoral Provincial, la que tendrá por misión:

1) Designar los miembros de las Juntas Electorales de Distrito.

2) Organizar todo lo atinente al acto electoral y fijar las normas a que habrán de adecuarse las Juntas Electorales de Distrito.

3) Recibir las actas que se confeccionen en cada Distrito, con el escrutinio de los votos emitidos, a efectos del cómputo general.

4) Labrar un acta del resultado obtenido por las listas para elección de autoridades, a efectos de elevar a la Asamblea General Ordinaria, para la proclamación oficial de los electos.

ARTICULO 55°: Serán funciones de las Juntas Electorales de Distrito las siguientes:

1) Organizar todo lo atinente al acto electoral en el Distrito.

2) Controlar la emisión y recepción de los votos, como así también el normal desarrollo del acto.

3) Realizar el escrutinio de los votos emitidos.

4) Labrar un acta del resultado obtenido por cada una de las listas y elevarla a la Asamblea Ordinaria del Distrito, a los efectos de la proclamación de los electos para integrar el Consejo Directivo.

5) Remitir el acta a la Junta Electoral Provincial.

ARTICULO 56°: A fines de establecer el resultado final del acto electoral, las Juntas Electorales deberán ajustarse a las siguientes disposiciones generales:

1) Elección de los miembros del Consejo Superior, Tribunal de Disciplina y Consejo Directivo, se realizarán en listas separadas, debiendo computarse los votos obtenidos en forma independiente.

2) Las tachaduras, enmiendas y reemplazos de los nombres de los candidatos no invalidarán el voto.

3) En la elección del Consejo Superior, la lista que logre el mayor número de votos, obtendrá la totalidad de los cargos de la Mesa Ejecutiva. Los cargos de vocales titulares y suplentes serán asignados a los candidatos más votados de cada Distrito.

4) En la elección del Tribunal de Disciplina, los cargos serán asignados por el sistema de representación proporcional, de los votos obtenidos por las listas intervinientes.

5) En la elección del Consejo Directivo de Distrito, la lista que logre mayor número de votos obtendrá la totalidad de los cargos de la Mesa Ejecutiva; los cargos vocales titulares y suplentes serán asignados por el sistema previsto en el inciso 4).

6) En los casos de representación proporcional los cargos obtenidos por cada lista, lo llevarán con los candidatos en el orden de colocación establecido en la lista oficialista, a cuyo efecto el candidato a presidente de una lista perdida se considerará como primer candidato a vocal de su lista y así sucesivamente.

CAPÍTULO VII
DEL REGIMEN FINANCIERO

ARTICULO 57°: El Colegio creado por la presente ley, tendrá como recursos para atender las erogaciones propias de su funcionamiento, así como el de los Colegios de Distrito, las siguientes:

1) El derecho de inscripción o de reinscripción en la matrícula.

2) La cuota por ejercicio profesional, cuyo monto y forma de percepción establecerá el Consejo Superior "ad referéndum" de la Asamblea.

3) El importe de las multas que aplique el Tribunal de Disciplina por transgresiones a la presente ley, su reglamentación o sus normas complementarias.

4) Los ingresos que perciban por servicios prestados de acuerdo a las atribuciones que esta ley le confiere.

5) Las rentas que produzcan sus bienes, como así también el producto de sus ventas.

6) Las donaciones, subsidios, legados y el producto de cualquier otra actividad lícita que no se encuentre en pugna con los objetivos del Colegio.

ARTICULO 58°: Los fondos del Colegio serán depositados en cuentas bancarias abiertas al efecto en el Banco de la Provincia de Buenos Aires a nombre del Presidente y del Tesorero en forma conjunta, preferentemente en cuentas especiales de ahorro y títulos de la deuda pública, con el objeto de lograr mayores beneficios.

ARTICULO 59°: El Consejo Superior determinará la forma de percepción y la distribución de los fondos, entre el Colegio Provincial y los Colegios de Distrito, de acuerdo al Presupuesto sancionado por la Asamblea.

TÍTULO III
"DE LOS COLEGIOS DE DISTRITO"

CAPÍTULO I
COMPETENCIA Y ATRIBUCIONES

ARTICULO 60°: El Colegio creado por la presente ley, estará organizado por sobre al base de los Colegios de Distrito, los que se ajustarán para su funcionamiento a las normas, delimitaciones y atribuciones y jurisdicciones territoriales que se determinan en la presente ley.

ARTICULO 61°: En cada Departamento Judicial funcionará un colegio de Asistentes Sociales para los fines de interés general especificados en la presente. Cada Colegio Departamental tendrá su sede en el lugar donde funcionen los Tribunales a que corresponda, se designará con el aditamento del Departamento Judicial respectivo y serán sus miembros los Asistentes Sociales que ejerzan su profesión en dicho Departamento Judicial. Cuando un Asistente Social se desempeñe profesionalmente en varios Departamentos, se matriculará en el que tenga su domicilio legal.

ARTICULO 62°: Los Colegios de Distrito desarrollarán las actividades que por este Capítulo se les encomiendan, así como aquéllas que expresamente les delegue el Consejo Superior en el ejercicio de sus facultades.

ARTICULO 63°: Corresponde a los Colegios de Distrito:

1) Cumplir y hacer cumplir las obligaciones emergentes de la presente ley que no hubieran sido atribuidas expresamente al Consejo Superior y al Tribunal de Disciplina.

2) Ejercer el contralor de la actividad profesional en el Distrito, cualquiera sea la modalidad de trabajo y en cualquier etapa del mismo.

3) Verificar el cumplimiento de las sanciones que imponga el Tribunal de Disciplina.

4) Responder a las consultas que les formulen las entidades públicas o privadas del Distrito acerca de asuntos relacionados con la profesión, siempre que las mismas no sean de competencia del Colegio de la Provincia de Buenos Aires; en este supuesto deberá girársela al Consejo Superior.

5) Elevar al Consejo Superior todos los antecedentes de las faltas y violaciones a la ley, su reglamentación o las normas complementarias que en consecuencia se dicten, en que hubiere incurrido o se le imputaren a un colegiado de Distrito.

6) Elevar al Consejo Superior toda iniciativa tendiente a regular la actividad profesional para mejor cumplimiento de la presente ley.

7) En general, y en sus respectivas jurisdicciones con las limitaciones propias de su competencia, las atribuciones contenidas en el artículo 26° inciso 2, 8, 12, 13, 16, 19 y 23.

8) Proyectar el Presupuesto Anual para el Distrito y someterlo a la consideración del Consejo Superior.

9) Celebrar convenios con los poderes públicos del Distrito con el previo conocimiento y autorización del Consejo Superior.

10) Organizar cursos, conferencias, muestras, exposiciones y toda otra actividad social, cultural y técnico-científicas, para el mejoramiento intelectual y cultural de los colegiados de Distrito y de la comunidad.

11) Establecer delegaciones con sus jurisdicciones, de acuerdo con las normas que fije el Consejo Superior.

CAPÍTULO II
AUTORIDADES

ARTICULO 64°: Son órganos directivos de los Colegios Directivos:

1) Asamblea de colegiados de Distrito.

2) El Consejo Directivo.

CAPITULO III
DE LAS ASAMBLEAS

ARTICULO 65°: La Asamblea es la autoridad máxima del Colegio de distrito, pudiendo integrarla todos los colegiados en pleno ejercicio de sus derechos como tales, con domicilio legal en el Distrito. Las Asambleas pueden ser de carácter ordinario o extraordinario y deberán convocarse con por lo menos quince (15) días de anticipación explicando el Orden del Día a tratar.

ARTICULO 66°: La Asamblea ordinaria se reunirá una vez al año en la fecha y forma que determine el Reglamento Interno del Colegio de la Provincia. En las Asambleas sólo podrán tratarse los temas incluidos en el Orden del Día, siendo absolutamente nula toda resolución que se adopte en temas o cuestiones no incluidas en él.

ARTICULO 67°: La Asamblea sesionará válidamente con la presencia de por lo menos un tercio (1/3) de los colegiados con domicilio legal en el Distrito, en primera citación. Una hora después de fijada para la primera citación se constituirá válidamente con el número de colegiados presentes. Sus resoluciones se adoptarán por simple mayoría de votos.

ARTICULO 68°: Las Asambleas Extraordinarias podrán ser convocadas:

1) Por el Consejo Directivo.

2) Por el Consejo Superior, en el caso de acefalía o de intervención al Colegio de Distrito.

3) Por pedido expreso de un número no inferior a un quinto (1/5) de los colegiados de Distrito.

ARTICULO 69°: En las Asambleas Extraordinarias serán de aplicación en lo pertinente las disposiciones de los artículos 66° y 67°.

CAPÍTULO IV
DEL CONSEJO DIRECTIVO

ARTICULO 70°: Los Colegios de Distrito serán dirigidos por un Consejo Directivo integrado por un (1) Presidente, un (1) Secretario, un (1) Tesorero, tres (3) vocales titulares y tres (3) vocales suplentes. Los tres (3) primeros constituirán la Mesa Directiva del Colegio de Distrito.

En caso de haberse constituido por resolución de la Asamblea los Departamentos por Especialidades, los miembros de la Mesa Directiva del Colegio de Distrito no podrán corresponder a un mismo Departamento, excepto en el caso de que todos los Departamentos estuvieran representados en dicha Mesa Directiva.

ARTICULO 71°: Para ser miembro del Consejo Directivo se requerirá:

1) Tres (3) años de antigüedad mínima en el ejercicio profesional en la Provincia.

2) Una antigüedad mínima de dos (2) años de domicilio en el Distrito.

3) Hallarse en el pleno ejercicio de los derechos del colegiado.

ARTICULO 72°: Los Consejeros de distrito durarán tres (3) años en sus funciones y podrán ser reelegidos por dos (2) períodos consecutivos y sin limitación en períodos alternos.

ARTICULO 73°: El Consejo Directivo sesionará al menos una vez al mes, con excepción del mes de receso establecido por el Consejo Superior. El quórum para sesionar válidamente será de por lo menos cuatro (4) Consejeros, y sus resoluciones se adoptarán por simple mayoría de votos presentes. En caso de empate, el Presidente tendrá doble voto.

TÍTULO IV
"DISPOSICIONES TRANSITORIAS"

CAPÍTULO ÚNICO

ARTICULO 74°: Dentro de los treinta (30) días de promulgada la presente, el Poder Ejecutivo Designará una Junta Electoral integrada por no menos de cinco (5) miembros titulares y dos (2) suplentes. A los efectos de tal integración convocará a las entidades representativas de los profesionales del Servicio Social existentes en la Provincia, para que en el término de diez (10) días designen sus representantes para integrar la Junta, en número de un (1) representante por entidad; de existir menos de cuatro (4) entidades, el o los cargos vacantes serán cubierto por sorteo entre ellas y de existir más de cuatro (4) entidades se ampliará el número de miembros titulares en número igual a las asociaciones existentes; será integrada también por un representante titular del Ministerio de Acción Social de la Provincia.

Será misión de la Junta Electoral la confección del Padrón Electoral y la convocatoria a elecciones dentro del término de sesenta (60) días de su integración; tendrá además facultades de Consejo Directivo provisorio para la ejecución de todos los actos necesarios para la constitución y funcionamiento del Colegio de la Provincia y de los Colegios de Distrito, hasta la integración de los órganos definitivos y asunción de las autoridades surgidas de la primera elección, las que deberán tomar posesión de sus cargos dentro de los diez (10) días del escrutinio y su proclamación.

ARTICULO 75°: A los efectos del cumplimiento de sus finalidades, la Junta Electoral podrá requerir del Poder Ejecutivo la asistencia del organismo que corresponda, para la realización de todos los actos previos a la primera elección.

ARTICULO 76°: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N°26657

Capítulo I: Derechos y garantías

ARTÍCULO 1º.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º.- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II: Definición

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona

c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos

los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III: Ámbito de aplicación

ARTÍCULO 6º.- Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV: Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTÍCULO 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V: Modalidad de abordaje

ARTÍCULO 8º.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI: Del equipo interdisciplinario

ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII: Internaciones

ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTÍCULO 16.- Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la

internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTÍCULO 19.- El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTÍCULO 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTÍCULO 21.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTÍCULO 22.- La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTÍCULO 23.- El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTÍCULO 24.- Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTÍCULO 25.- Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 26.- En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTÍCULO 27.- Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTÍCULO 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTÍCULO 29.- A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII: Derivaciones

ARTÍCULO 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de

destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX: Autoridad de Aplicación

ARTÍCULO 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 33.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 34.- La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 37.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras

sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X: Órgano de Revisión

ARTÍCULO 38.- Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTÍCULO 39.- El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTÍCULO 40.- Son funciones del Órgano de Revisión:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI: Convenios de cooperación con las provincias

ARTÍCULO 41.- El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII: Disposiciones complementarias

ARTÍCULO 42.- Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 43.- Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44.- Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45.- La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

CÓDIGO DE ÉTICA DE TRABAJO SOCIAL

INTRODUCCION. El Trabajo Social está basado en principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos. Considera al ser humano en su dimensión integral y en consonancia, asume un compromiso activo acompañando los cambios sociales que permiten dignificar la condición humana. A través de una lectura crítica de la realidad y de una metodología sistematizada, debe ayudar a impulsar el proceso transformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana. En este sentido, las normas éticas desempeñan un papel importante ya que sirven como marco de referencia en el sentir y en el actuar de los Profesionales del Trabajo Social.

TITULO I CAPITULO I. Principios. 1.- Todo ser humano posee un valor único, con independencia de origen, sexo, edad, creencia, etnicidad, condición socio-económica, o de su contribución a la sociedad. 2.- Toda persona humana tiene el derecho de realizarse plenamente para y con los demás. 3.- Toda sociedad, cualquiera que sea, debe funcionar con miras a proporcionar una mejor calidad de vida a la totalidad de sus miembros. 4.- El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos. 5.- El Profesional en Servicio Social deberá: a) Pronunciarse ante los hechos que lesionan la dignidad humana y/o derechos ciudadanos; b) Actuar comprometidamente en la esfera de su labor dentro de la competencia legal que le corresponda y trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales de las Ciencias Sociales y/o profesiones afines; c) Capacitarse en forma permanente para poder adecuar la lectura de la realidad y la intervención profesional que en cada caso corresponda.

CAPITULO II. De los Deberes y Obligaciones. Normas generales. ART. 1: El prestigio de la profesión exige que todo colegiado observe y haga observar los preceptos de este Código de Etica. Las transgresiones serán objeto de sanciones, por considerarse indignas y punibles, por cuanto afectan o podrían afectar el decoro personal y/o profesional de los colegiados en lo relacionado con: a) lo que corresponda al usuario de los servicios profesionales y a la comunidad en general. b) las reglas generales de convivencia y el respeto y consideración mutua entre colegas. c) el buen nombre del Colegio de Asistentes Sociales y/o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires. d) el buen nombre de la institución respectiva en función de su cargo. e) lo que atañe a la opinión pública.

CAPITULO III. Deberes y Obligaciones hacia el Colegio de Profesionales. ART. 2: Es deber y obligación del profesional del Servicio Social: a) Prestar con probidad y dedicación su concurso personal para el mejor éxito de los fines colectivos del Colegio. b) Las comisiones que se le confíen deben ser aceptadas y cumplidas con suma discreción, guardando secreto y pudiendo excusarse solamente cuando lo impida una causa justificada. c) Deben cumplir con el derecho y obligación de votar periódicamente y contribuir al sostenimiento del Colegio abonando con regularidad los montos que a ese fin se fijen. 2 ART. 3: Todos los profesionales colegiados deben contribuir al prestigio y a la cohesión de su identidad profesional,

considerándose lesivo a estos propósitos cualquier postura pública divisionista o antagónica frente a las decisiones votadas y adoptadas por la misma. El Colegio Profesional no puede (al margen del ámbito de competencia) pronunciarse o tomar partido por determinada línea o postura filosófica, ideológica o política. ART. 4: Acatar y cumplir las disposiciones de la Ley Profesional vigente para toda la provincia de Buenos Aires, de este Código de Ética, como así mismo de las resoluciones emanadas del Consejo Superior, sean éstas referidas al ejercicio de la profesión, a la defensa de los intereses de los matriculados y/o a las obligaciones que se pautan para los mismos. ART. 5: Tres inasistencias consecutivas o cinco alternadas a las Asambleas y en particular a aquellas destinadas a la aprobación de la renovación de Autoridades del Colegio Profesional, serán consideradas como falta de conciencia profesional en las que los colegiados deben evitar incurrir. ART. 6: Dirimir ante las autoridades del Colegio Profesional todas las situaciones atípicas, relacionadas con el ejercicio profesional y que dieren lugar a sospechas de faltas al presente Código de Etica, aportando todos los datos disponibles en forma concreta y emitiendo criterio sobre el particular. ART. 7: Desempeñar en forma eficiente y con el mayor esmero y honestidad los cargos a los que se accediere dentro del Colegio, representando fidedignamente las propuestas, ideas e intereses de los Colegiados. ART. 8: Denunciar todo cambio de domicilio.

CAPITULO IV: Deberes y Obligaciones en relación con la función. ART. 9: Todo profesional en Servicio Social está obligado a desempeñar con responsabilidad el cargo que asume y las funciones inherentes al mismo. ART. 10: Basará su accionar en normas que aseguren un trato justo e iguales oportunidades para sus colegas y para el personal a su cargo, sin discriminación alguna. ART. 11: Deberá y está obligado a desempeñar su rol, profesional y eficientemente, de acuerdo con la Ética Profesional y en relación con los fines de la Institución a la que pertenece. Podrá abstenerse de intervenir cuando medien vínculos que comprometan los resultados de la prestación. ART. 12: Deberá y está obligado a hacer respetar su derecho a elegir, designar y utilizar la metodología, estrategias y técnicas profesionales que en cada caso considere adecuada al buen desempeño de sus funciones. ART. 13: Deberá abstenerse en el desempeño de su cargo, de recibir retribuciones fuera de su sueldo u honorarios y/o viáticos. ART. 14: Deberá interesarse por todos los problemas sociales contribuyendo solidariamente con sus conocimientos teóricos y recursos técnicos. ART. 15: Deberá y está obligado a abstenerse de utilizar su cargo para obtener ventajas personales. ART. 16: Deberá esforzarse por crear y fortalecer los canales tendientes al logro de una distribución más equitativa de los recursos existentes, difundirá los mismos y orientará a la población para que todas las personas tengan igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos, medios y servicios disponibles. ART. 17: Deberá realizar propuestas concretas tendientes al logro y cambios en las políticas y legislaciones provinciales, nacionales e internacionales, que tiendan a mejorar las condiciones sociales y a promover la justicia social logrando un mayor bienestar humano. Las mismas se podrán plantear en forma directa o por intermedio del Colegio Profesional correspondiente. ART. 18: Deberá contribuir a crear una alternativa socio-cultural que responda al real interés y sentir de la población.-

CAPITULO V: Deberes y obligaciones hacia los colegas. ART. 20: Todo profesional del Servicio Social deberá respetar la posición personal y profesional de sus colegas debiendo

canalizar las críticas en forma objetiva y constructiva por medio de los canales que establezca el Colegio Distrital y/o Provincial. 3 ART. 21: Deberá guardar una actitud legal, de solidaridad y consideración hacia sus colegas absteniéndose de enunciar críticas de valor sobre los mismos o realizar actos susceptibles de perjudicarlos. El espíritu de solidaridad no deberá inducirle a ser cómplice de un error o actitud no ética, ni dejar de utilizar los medios pertinentes para denunciar ante las Autoridades del Colegio Profesional a los colegas que infrinjan los principios éticos o las disposiciones legales que regula el ejercicio profesional. ART. 22: Deberá promover y compartir oportunidades destinadas a incrementar conocimientos, experiencias e ideas entre colegas, con el propósito del conocimiento mutuo y calificación profesional. ART. 23: Deberá respetar y velas por los derechos de creación intelectual de sus colegas y no apropiarse ni facilitar la apropiación de los mismos. ART. 24: Se abstendrá de intervenir en cualquier caso donde está actuando otro colega salvo que se modifique la situación debiendo notificarse fehacientemente el cambio al profesional en ejercicio anterior. Se dará prioridad a la coordinación entre los distintos servicios para mejorar la utilización de los recursos.

CAPITULO VI: Deberes y obligaciones del secreto profesional. ART. 25: El secreto profesional es un deber y una obligación que nace de la esencia misma y de los principios de la profesión. Los profesionales en Servicio Social tienen el deber y la obligación de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan y conozcan por imperio de su profesión y en el ejercicio de la misma. ART. 26: Esta obligación básica de mantener una absoluta reserva sobre la información obtenida de una persona/s en su trabajo profesional, podrá exceptuarse únicamente en las siguientes situaciones: a) Cuando de no hacerlo pudiera surgir un claro e inminente peligro para otra persona o para la sociedad. Aún en estos casos esta información solo podrá ser revelada a aquellos profesionales o a la autoridad pública competente. b) Las historias sociales, informes y otros datos reverentes a los usuarios podrán ser utilizadas como material didáctico o ilustrativo, siempre que previamente se hallan tomado las medidas preventivas que imposibiliten la identificación de las personas. c) Deberá tomar las medidas necesarias para asegurar el carácter reservado y confidencial de los informes, legajos, ficheros, etc., que obren en su poder y arbitrar los medios que posibiliten su destrucción final.

CAPITULO VII: Deberes y obligaciones de la publicidad. ART.27: Tanto en la propaganda directa como indirecta de sus servicios, como en su papelería y demás manifestaciones de presentación profesional, los profesionales en Servicio Social deberán guardar un estilo mesurado y discreto, con gran cuidado por la veracidad del mensaje y ajustado en todo a lo dispuesto por las normas instrumentales que a tal efecto dicten las Autoridades del Colegio. TITULO II De las infracciones y las transgresiones. CAPITULO I: Normas generales. ART. 28: El hecho o acto de transgredir los principios o normas generales o específicas, y/o deberes y obligaciones consignadas en el presente código, implica falta de ética profesional y en consecuencia están sujetos a sanciones disciplinarias conforme a las disposiciones vigentes en este Código de Etica y demás leyes, decretos y reglamentaciones concordantes nacionales, provinciales o municipales según pudiera corresponder. ART. 29: Se considerará falta grave a la Etica Profesional la colaboración aún pasiva, en todo tipo de violación a los Derechos Humanos. CAPITULO II. En relación con la función. 4 ART. 30: Todo profesional del Trabajo Social deberá refrendar con su firma toda la documentación que avale en el ejercicio de su

profesión. Deberá además emitir su criterio profesional al confeccionar trabajos que estén relacionados con su tarea específica. ART. 31: Son faltas graves y contrarias a la Etica Profesional, aquellos cuyos resultados lesionen el bien común y la práctica profesional, a saber: a) Ejecutar de mala fe actos reñidos con el buen ejercicio de la profesión e incurrir en omisiones culposas, aún cuando sea en cumplimiento de órdenes de autoridades. b) Ejecutar en el ejercicio profesional acciones que entrañen malicia o dolo, o que sean contrarias al bien común. c) Permitir que sus servicios profesionales o su nombre, hagan posible el ejercicio de la profesión por quienes no estén legalmente autorizados a ello. d) Autorizar documentos técnicos que no hallan sido estudiados, ejecutados o revisados personalmente. e) Usar la actividad profesional para realizar proselitismo confesional, político o ideológico. f) Actuar o comprometerse en cualquier forma o práctica que tienda a desacreditar el honor o la dignidad de la profesión. g) Suscribir, expedir o contribuir a que se otorguen títulos, diplomas, certificados de idoneidad profesional, a personas que no lleguen a cumplir con los requisitos indispensables para ejercer la profesión de conformidad con los principios de ética, las leyes y los reglamentos. h) Efectuar en sus escritos e informes verbales citas tendenciosamente incompetentes o contrarias a la verdad. i) Actuar con irresponsabilidad profesional, sea por negligencia, impericia o imprudencia en el ejercicio de la profesión. ART. 32: Son actos contrarios a la ética, realizar en el ejercicio profesional acciones que excedan las competencias asignadas por el Colegio Profesional en base a disposiciones y legislación vigente. CAPITULO III. En relación con el Colegio de Profesionales. ART. 33: Es falta a la ética pasible de sanción grave la siguiente: desobedecer las situaciones y resoluciones del Tribunal de disciplina. Son faltas graves las siguientes) Renunciar u omitir sin causa justificada el cumplimiento de las funciones o tareas que le sean encomendadas por el Colegio Profesional. b) No denunciar al Colegio el ejercicio ilegal o conductas sancionables de colegas, que perjudicaren la imagen general de la profesión o del Colegio Profesional. c) No ejercer en las oportunidades previstas el deber y la obligación de votar. e) No abonar, en tiempo y sin causa justificada las cuotas y cargas sociales. CAPITULO IV. En relación con los colegas. ART. 34: Deberá respetar la posición profesional y personal de los colegas, canalizando la crítica en forma objetiva y constructiva. ART. 35: Deberá defender a sus colegas contra acciones injustas dando cuenta al Colegio Profesional de tal situación y/o aportando pruebas que fundamenten el correcto desempeño o buen nombre del profesional en cuestión. ART. 36: Son actos contrarios a la Etica Profesional, los siguientes: a) Atribuirse o adjudicarse ideas, documentos técnicos o publicaciones de los que no se es autor. b) Lesionar directa o indirectamente la reputación profesional de cualquier colega . c) Tratar de desplazar o sustituir a otro colega despojándolo maliciosamente del cargo, función o actividad. d) Nombrar o intervenir para que se designe en cargos técnicos a personas carentes de títulos. e) Revisar el trabajo hecho por otro profesional sin conocimiento de este excepto en los casos en que dicho profesional hubiera dejado de tener conexión alguna con el trabajo de referencia. 5 f) Permitir cometer o contribuir a que se cometan injusticias contra otros profesionales en Servicio Social . g) Valerse de la ventaja de un cargo para impedir la publicación y/o difusión de un trabajo o investigación de un colega o un grupo de colegas. ART. 37: Será además falta ética difamar mediante calumnias a un colega, tratando de perjudicarlo moral o materialmente, así como formular en su contra denuncias sin pruebas ciertas legalmente probables. Se considerará aquí la figura de

"sospecha" para presentarla únicamente a consideración de las autoridades del Tribunal de Disciplina de este Colegio Profesional, el que procederá a la verificación de los datos. ART. 38: Será considerada falta a la conciencia profesional incurrir como máximo en tres inasistencias consecutivas y/o cinco alternadas a las Asambleas del Colegio Profesional y en particular a aquellas destinadas a la proclamación y aprobación de la renovación de autoridades. CAPITULO V. En relación con los usuarios. ART. 39: Deberá respetar la autodeterminación de los usuarios, aceptando sus derechos a decidir y a actuar por sí mismos, incluyendo la finalización de la intervención. ART. 40: Son faltas a la ética, las siguientes: a) Actuar con negligencia en el cumplimiento del trabajo profesional y retener documentación perteneciente a los usuarios, realizando la presentación de servicios ineficientemente. b) Divulgar datos reservados de carácter técnico o personal sobre asuntos confiados a su estudio o custodia por los usuarios, violando el secreto profesional con el alcance previsto en el art. 45 del presente Código. c) Alterar el contenido de un informe o documento de trabajo para beneficiar a terceros en desmedro del original acreedor al servicio. d) Usar en beneficio propio o de terceros, los recursos destinados a los usuarios. e) Utilizar a los usuarios en beneficio del profesional actuante. CAPITULO VI. En relación con el secreto profesional y la publicidad. ART. 41: El profesional en Servicio Social no incurre en falta ética cuando revela el secreto profesional en los siguientes casos: a) Cuando actúe en carácter de profesional de organismos nacionales, provinciales, municipales o privados y considere que la información técnica es imprescindible y esencial para el cumplimiento de los objetivos que beneficien a los usuarios y que cuenten con su consentimiento. b) Cuando con su revelación se evite cometer un error judicial. c) Cuando el profesional sea acusado o demandado bajo la imputación de dolo o culpa en el ejercicio profesional. ART. 42: Es falta a la ética profesional el divulgar el secreto profesional en situaciones no consideradas en el art. 41 del presente Código de Etica. ART. 43: Son actos contrarios a la ética profesional los que se realicen al anunciar o hacer anunciar actividades individuales o colectivas sobre la profesión en forma clara e inequívoca, lo siguiente: a) El nombre completo y título de los profesionales y/o el número de matrícula individual o de Asociación de su titular. b) También es falta a la ética publicar informaciones inexactas o ambiguas, que induzcan o provoquen confusión en el pública usuario y las que transgredan las disposiciones que al efecto haya dictado el Colegio Profesional. 6 CAPITULO VII. En relación con la Institución. ART. 44: Tendrá libertad de rehusar fundadamente su intervención a nivel institucional si ello fuera incompatible con los principios del Servicio Social y los normas del Código de Etica vigente. Realizar todos los esfuerzos necesarios para favorecer los cambios por medio de los canales adecuados desde el punto de vista de la institución y de la profesión. ART. 45: Son actos contrarios a la ética profesional, realizar acciones intencionales que contraríen los objetivos profesionales y los reglamentos de la entidad, utilizando incorrectamente los recursos disponibles en la misma. ART. 46: Será falta ética la impuntualidad y/o incumplimiento del trabajo pactado con la entidad o particulares y la delegación de su trabajo específico para ocuparse de problemáticas extrañas a la naturaleza de sus prestaciones. ART. 47: Constituirá una falta de responsabilidad ética no desempeñarse eficientemente en la institución donde presta servicio, realizando un análisis crítico de la realidad institucional, cumpliendo y haciendo cumplir los objetivos profesionales, respetando los reglamentos de la entidad y utilizando correctamente los recursos existentes a los efectos de

lograr los mejores niveles de prestación. ART. 48: Será considerada falta a la ética no aportar a la dinámica intra e interinstitucional los conocimientos técnicos tendientes a favorecer la comunicación, la participación y la democratización de las relaciones interpersonales.

CAPITULO VIII. En relación con la comunidad. ART. 49: Son actos contrarios a la ética profesional, implementar personalmente o autorizar bajo su responsabilidad, la realización de intervenciones profesionales, por las cuales grupos humanos sufren situaciones de injusticia que impidan o posterguen el acceso a distintos medios económicos y/o culturales de la sociedad. TITULO III. Interpretación, obligatoriedad de aplicación y prescripción. ART. 50: Corresponde únicamente al Tribunal de disciplina, la interpretación de los preceptos contenidos en este código. ART. 51: Las normas de este código rigen la actividad de los profesionales en Servicio Social, matriculados en la Provincia de Buenos Aires, en toda su extensión y ninguna circunstancia eximirá de aplicarlas salvo causa justa a criterio del Tribunal de Disciplina. ART. 52: Ningún profesional en Servicio Social podrá ser sumariado en la Provincia de Buenos Aires su hubieren transcurrido más de dos (2) años de cometida la presunta falta de ética, salvo que la misma fuere de las que importan al delito civil o penal, en cuyo caso la fecha de prescripción será la misma que de aquel. De las sanciones disciplinarias con referencia al ejercicio profesional. Los profesionales matriculados pertenecientes a este cuerpo colegiado, que incurrieren en infracciones a las normas previstas en este Código de Etica, serán pasibles de las siguientes sanciones: ART. 53: Las sanciones disciplinarias referidas al ejercicio profesional, en orden creciente, son las siguientes: a) Advertencia privada ante el Tribunal de Disciplina y Consejo Superior. b) Censura ante el Tribunal de Disciplina y Consejo Superior. c) Censura pública consignada en el legajo profesional. d) Multa de una a treinta veces el costo de la cuota anual. e) Suspensión hasta dos años de la matrícula profesional. f) Cancelación de la matrícula. CAPITULO II. Con referencia a temas institucionales ART. 54: Para formar parte de los órganos de conducción del Colegio Profesional, los matriculados no deben estar sancionados por las causas establecidas en el presente Código de Etica. ART. 55: También será causal de inhabilitación para integrar nuevas listas, renovación de autoridades de los órganos de conducción, el haber incurrido en inasistencias injustificadas y 7 reiteradas (tres consecutivas y cinco alternadas) en los cargos para los que fueron elegidos en la gestión anterior. CAPITULO III. Consideraciones generales sobre la aplicación de sanciones. ART. 56: En cada caso el Tribunal de Disciplina está facultado para determinar la gravedad de la falta cometida y la sanción correspondiente.

LEY NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL N°23377

TÍTULO I: **DEL EJERCICIO DE LA PROFESION DEL SERVICIO SOCIALO TRABAJO SOCIAL**

ARTICULO 1º.- En la Capital federal y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, el ejercicio de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social, así como el control del mismo y el gobierno de la matrícula de los profesionales que la ejerzan, quedan sujetos al régimen establecido en la presente ley y las normas reglamentarias que dicte la autoridad de aplicación.

ARTICULO 2º.- Considérese ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como la de aquellas situaciones cuyos involucrados requieran sólo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales. La actividad profesional, por sí o en el marco de servicios institucionales y programas integrados de desarrollo social, tiende al logro, en los aspectos que le competen, de una mejor calidad de vida de la población, contribuyendo a afianzar en ella un proceso socio-educativo.
Asimismo considérese ejercicio profesional del Servicio Social o Trabajo Social a las actividades de supervisión, asesoramiento, investigación, planificación y programación en materia de su específica competencia.

ARTICULO 3º.- Estarán habilitadas para el ejercicio libre o en relación de dependencia de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social, previa inscripción en la matrícula que llevará el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social:

Quienes posean título de Asistente Social, Licenciado en Servicio Social o Licenciado en Trabajo Social expedidos por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;
Los Profesionales con título equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado en la forma que establece la legislación vigente.

ARTICULO 4º.- Los profesionales del Servicio Social o Trabajo Social de tránsito por el país, contratados por instituciones públicas o privadas con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante el término de vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de inscripción en la matrícula respectiva.

ARTICULO 5º.- Son deberes de los profesionales del Servicio Social o Trabajo Social, sin perjuicio de los establecidos por otras disposiciones legales:
Tener domicilio o lugar de desempeño de sus actividades profesionales dentro del radio de la Capital Federal o Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;
Comunicar al Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social todo cambio de domicilio que efectúen, así como también la cesación o reanudación de sus actividades profesionales;
Comportarse con lealtad, probidad y buena fe en el desempeño profesional;
Guardar con fidelidad el secreto profesional, salvo autorización fehaciente del interesado.

TÍTULO 2: DEL EJERCICIO DE LA PROFESION DEL SERVICIO SOCIAL O TRABAJO SOCIAL

CAPÍTULO I: Creación y Denominación

ARTICULO 6º.- Créase el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, que tendrá a su cargo el gobierno de la matrícula y el control del ejercicio profesional y tendrá el carácter de persona jurídica de derecho público: las asociaciones o entidades particulares que se constituyan en lo sucesivo no podrán hacer uso de la denominación Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social u otras que por sus semejanzas puedan inducir a error o confusión.

ARTICULO 7º.- Serán matriculados al Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, todos los profesionales del Servicio Social que, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, se inscriban en el Consejo, conforme a las disposiciones de la misma y su reglamentación.
Declárase obligatoria la matriculación prevista, no pudiendo ejercerse la profesión en caso de no estar efectuada la matriculación dispuesta.

ARTICULO 8º.- La matriculación en el Consejo Profesional implicará el ejercicio del poder disciplinario sobre el inscripto y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

CAPITULO II: Atribuciones del Consejo

ARTICULO 9º.- El Consejo Profesional tendrá a su cargo:
El gobierno de la matrícula de los profesionales del Servicio Social o Trabajo Social que ejerzan en su jurisdicción;

El Control del ejercicio profesional de los matriculados, ejerciendo el poder disciplinario sobre los mismos;

La protección de los derechos y dignidad de los profesionales del Servicio Social o Trabajo

Social, ejercitando su representación ya fuese en forma individual o colectiva, para asegurar las más amplias libertades y garantías en el ejercicio de la profesión;
El dictado de normas de ética profesional y la aplicación de sanciones que aseguren su cumplimiento;

La administración de los bienes y fondos del Consejo Profesional de conformidad con esta ley, el Reglamento Interno y demás disposiciones que sancione la Asamblea de Delegados;

El dictado del Reglamento Interno del Consejo y sus modificaciones;

La designación del personal administrativo necesario para su funcionamiento y su remoción;

Certificar y legalizar los dictámenes producidos por los profesionales matriculados;

Vigilar y controlar; a través de la Comisión de Vigilancia, que la profesión del Servicio Social o Trabajo Social no sea ejercida por personas carentes de títulos habilitantes o que no se encuentren matriculados;

Cooperar y asesorar en los estudios de planes académicos y/o universitarios de la carrera profesional del Servicio Social o Trabajo Social;

Asesorar a los poderes públicos y cooperar con ellos en la elaboración de la legislación en general, y en especial la referente al bienestar social y la seguridad social;

Realizar trabajos, cursos, congresos, reuniones y conferencias y destacar estudiosos y especialistas entre sus matriculados.

ARTICULO 10º.- El Consejo Profesional no podrá inmiscuirse, opinar ni actuar en cuestiones de orden político-partidario, religioso y otras ajenas al cumplimento de sus fines.

ARTICULO 11º.- El Poder Ejecutivo de la Nación, de oficio o a solicitud de los Delegados a la

Asamblea en un número no inferior a la mitad más uno de los delegados presentes, podrá intervenir el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social por la transgresión de normas legales o reglamentarias aplicables al mismo. El interventor designado deberá en todo caso convocar a elecciones en un plazo no superior a los noventa (90) días, contados desde la fecha de intervención.

Las autoridades que se elijan ejercerán sus mandatos por todo el término de ley.

CAPITULO III
Órganos del Consejo Profesional. Su modo de constitución. Competencias

ARTÍCULO 12º.- El Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social se

compondrá de los siguientes órganos:

Asamblea de Delegados
Comisión Directiva
Tribunal de Disciplina

ARTICULO 13º.- La Asamblea de Delegados se integrará con los profesionales del Servicio Social o Trabajo Social matriculados que elijan los mismos en un número equivalente a uno (1) por cada cuarenta (40) o fracción mayor de viente (20). Se elegira igual número de titulares que de suplentes. Los suplentes reemplazarán a los titulares de la misma lista por la cual hubiesen sido electos y en el orden en que figuraban.
Cada lista podrá presentar la cantidad de candidatos que considere conveniente.Para ser delegado se requiere tener (1) año de antigüedad en la matrícula.

Los delegados durarán dos (2) años en sus funciones y podrán ser reelectos.
La elección será por voto directo, secreto y obligatoria de los matriculados.
La adjudicación de cargos se hará por el procedimiento siguiente.

Se sumarán los votos computados como válidos de todas las listas oficializadas, sin incluir los votos en blanco y anulados, que no se tomarán en cuenta.

La suma así obtenida se dividirá por el número de cargos a distribuir. Ese será el cociente de representación. Las listas que no alcancen a ese cociente no tendrán representación alguna.

La suma de los votos obtenidos por las listas que tendrán representación se dividirá por el número de cargos a cubrir y el resultado será el cociente electoral. El total de los votos obtenidos por cada lista se dividirá por el cociente electoral e indicará el número de cargos que le corresponderá.

Si la suma del número de cargos resultante de la aplicación del punto procedente, no alcanzara el número de cargos a cubrirse, se adjudicará una representación más a cada lista por orden decreciente de residuo hasta completar dicho número. Si dos o más listas tuvieren igual residuo y correspondiere adjudicar un nuevo cargo más, este será atribuido a la lista que hubiere obtenido mayor número de votos.

ARTICULO 14º.- La Comisión Directiva estará compuesta por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario General, un Prosecretario, un Tesorero, un Protesorero y cinco (5) vocales titulares y cinco (5) suplentes.

Para ser miembro de la Comisión Directiva se requiere tener tres (3) años de antigüedad en la matrícula. Los miembros de la Comisión Directiva durarán dos (2) años en sus funciones y podrán ser reelectos para el mismo cargo por una sola vez para el período inmediato siguiente, restricción que no será aplicable a los representantes de las minorías.
La elección será por voto directo, secreto y obligatorio de los matriculados.

La lista que obtenga la mayor cantidad de votos se adjudicará la presidencia y los seis (6) cargos titulares subsiguientes como mínimo, salvo que por aplicación del sistema de representación proporcional previsto en el artículo anterior le correspondiera un número mayor. Los restantes cargos se distribuirán entre las demás listas, aplicándose el mismo procedimiento de adjudicación previsto en el artículo anterior.

ARTICULO 15º.- El Tribunal de Disciplina estará compuesto por cinco (5) miembros titulares y cinco (5) suplentes.
Serán elegidos por voto directo, secreto y obligatorio de los matriculados por el mismo sistema previsto para la Asamblea de Delegados.
Los miembros del Tribunal durarán dos (2) años y podrán ser reelectos.

ARTICULO 16º.- Es de competencia de la Asamblea de Delegados:

Reunirse en Asamblea Ordinaria, por lo menos una vez al año para tratar: 1. Memoria, Balance, Inventario y Cuenta de Gastos y Recursos;
2. Informes de la Comisión Directiva y Tribunal de Disciplina;
3. Elegir sus autoridades, a saber: un Presidente, un Vicepresidente y un Secretario y un Secretario;
4. Fijar el monto y forma de pago de la cuota anual que deben pagar los matriculados y sus modificaciones.

Sancionar por el voto afirmativo de la mitad más uno (1) de los presentes el Código de Ética y modificarlo por el voto afirmativo de por lo menos dos tercios de los presentes y reglamentar el procedimiento del Tribunal de Disciplina.

Sancionar el reglamento interno del Consejo, a iniciativa de la Comisión Directiva y sus modificaciones.

Aprobar el reglamento electoral.

Reunirse en Asamblea Extraordinaria a solicitud de un número no inferior del veinticinco por ciento (25%) de los delegados que integran la asamblea, o cuando lo disponga la Comisión Directiva por el voto de por lo menos siete (7) de sus miembros. En dichas asambleas sólo podrá tratarse lo expresamente mencionado en la convocatoria.

Tratar y resolver los asuntos que por otras disposiciones de esta ley y su reglamentación le competan.

Elegir a miembros de la Comisión Directiva y del Tribunal de Disciplina en los casos previstos en los artículos 23 y 30.

ARTICULO 17º.- La convocatoria, a Asamblea Ordinaria deberá notificarse con no menos de

veinte (20) días de anticipación a la fecha de Celebración. La convocatoria a Asamblea Extraordinaria requerirá diez (10) días de anticipación como mínimo.

ARTICULO 18º.- Dichas convocatorias se notificaran a los delegados en el domicilio real o el que hubieran constituido mediante comunicación postal, sin perjuicio de exhibirse la citación en la sede del Consejo, en lugar visible, durante cinco (5) días previos a la celebración.
Las Asambleas se constituirán válidamente a la hora fijada, para su convocatoria con la presencia de la mitad más uno de sus miembros; transcurrida una hora desde la que se hubiere fijado para su iniciación, se tendrá por constituida válidamente cualquiera fuera el número de Delegados presentes.
Las decisiones de la Asamblea de Delegados serán aceptadas por simple mayoría de los votos presentes, salvo los casos en que se exija un número mayor, determinado en esta ley o en su reglamentación.

ARTICULO 19º.- Es competencia de la Comisión Directiva:

Llevar la matrícula y resolver sobre los pedidos de inscripción;

Convocar a la Asamblea de Delegados a sesiones ordinarias, fijando su temario, conforme lo previsto por el artículo 16, incisos a), b), c) y d), y a sesiones extraordinarias en el supuesto previsto en el inciso e) del mismo artículo;

Ejecutar las resoluciones de la Asamblea de Delegados;

Designar anualmente entre sus miembros los integrantes de la Comisión de Vigilancia;

Presentar a la Asamblea Ordinaria: Memoria, Balance, Inventario y Cuenta de Gastos y Recurso: e informes;

Nombrar, remover y ejercer poder disciplinario sobre el personal administrativo;

Ejercer la representación legal del Consejo Profesional;

Remitir al Tribunal de Disciplina los antecedentes relativos a las faltas previstas en la ley.

Comunicar al Poder Ejecutivo Nacional, en la forma y plazos que establezca la reglamentación todo movimiento que se produzca en la matrícula;

Ejercer todas las facultades y atribuciones emanadas de la presente ley que no hayan sido conferidas específicamente a otros órganos.

ARTICULO 20º.- La representación legal prevista en el inciso g) del artículo anterior será

ejercida por el Presidente de la Comisión Directiva, su reemplazante o el miembro de la Comisión Directiva que dicho órgano designe.

ARTICULO 21º.- En caso de fallecimiento, remoción o impedimento legal o renuncia del Presidente, lo reemplazará el Vicepresidente, el Secretario General, el Prosecretario, el Tesorero y el Protesorero en el orden enunciado. Cuando no se pueda cubrir el cargo por el procedimiento señalado, el mismo será provisto por la Comisión Directiva, de entre sus miembros, a simple pluralidad de sufragios. El así elegido completará el período del reemplazado. En el interín el cargo será desempeñado por el vocal que ocupe el primer término de la lista.

ARTICULO 22º.- La Comisión Directiva se reunirá una (1) vez por mes como mínimo, y cada vez que sea convocada por el Presidente o lo solicite la mayoría de sus miembros. Sesionará válidamente con la presencia de la mitad más uno de sus miembros y sus resoluciones se adoptarán por la mayoría de los votos presentes. El Presidente sólo tendrá voto en caso de empate.
La Comisión Directiva decidirá en sus reuniones toda cuestión que le sea sometida por los matriculados, por los otros órganos del Consejo Profesional o por los poderes públicos o por entidades afines y que por esta ley o el reglamento interno del Consejo Profesional sean de su competencia. También resolverá sobre toda cuestión urgente que sea materia de la Asamblea de Delegados, sujeta a la aprobación de la misma. Dichas resoluciones deberán adoptarse por dos tercios (2/3) de los miembros presentes.

ARTICULO 23º.- En caso de que por renuncia, fallecimiento, remoción, o impedimento legal de miembros de la Comisión Directiva, y una vez incorporados los suplentes no obtuviera quórum suficiente para sesionar válidamente, los miembros que quedaren en funciones convocarán a la Asamblea de Delegados, la que en una única sesión y por voto secreto de los mismos deberán cubrir los cargos vacantes, siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 14 de la presente. Los así electos completarán el período.
En caso de vacancia total, la convocatoria a la Asamblea de Delegados será realizada por el Tribunal de Disciplina.

ARTICULO 24º.- En ejercicio de la competencia establecida en el inciso a) del artículo 19 de la presente ley, la Comisión Directiva exigirá al peticionante para inscribirse en la matrícula del Consejo Profesional:

Acreditar identidad personal;

Presentar título habilitante de conformidad con lo establecido en los artículos 3º y 44º de la presente ley;

Denunciar domicilio real y constituir uno especial en la Capital Federal o Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;

Prestar juramento profesional;

Abonar las sumas que establezca la reglamentación.
ARTICULO 25º.- La Comisión Directiva verificará si el peticionante reúne los requisitos exigidos en el artículo anterior y deberá expedirse dentro de los cuarenta y cinco (45) días corridos posteriores a la fecha de solicitud. La falta de resolución dentro del mencionado plazo implicará tener por aceptada la solicitud del peticionante.

ARTICULO 26º.- Es de competencia del Tribunal de Disciplina:

Sustanciar los sumarios por violación a las normas éticas;

Aplicar sanciones;

Llevar un Registro de penalidades de los matriculados;

Informar anualmente a la Asamblea de Delegados;

Convocar a la Asamblea de Delegados en el supuesto previsto en el artículo 23 in fine.

ARTICULO 27º.- Los miembros del Tribunal de Disciplina serán recusables por las causas establecidas para los jueces en el Código Procesal Civil y Comercial de la Nación, no admitiéndose la recusación sin causa.

ARTICULO 28º.- La Asamblea de Delegados reglamentará el procedimiento a que se ajustará el Tribunal de Disciplina. Dicha reglamentación hará aplicación de los siguientes principios:

Juicio oral;
Derecho a la defensa;
Plazos procesales;
Impulso de oficio del procedimiento;
Normas supletorias aplicables, observando en primer término las prescripciones del Código de Procedimiento en Material Penal;
Término máximo de duración del proceso.

ARTICULO 29º.- El Tribunal de Disciplina podrá disponer directamente la competencia de los testigos; realizar inspecciones; verificar expedientes y realizar todo tipo de diligencias. A tales efectos podrá valerse del auxilio de la fuerza pública, cuyo concurso podrá ser requerido a cualquier juez nacional, el que examinadas las fundamentaciones del pedido resolverá sin otro trámite, en el término de cuarenta y ocho (48) horas.

ARTICULO 30º.- En caso de que por renuncia, fallecimiento, remoción o impedimento legal de los miembros del Tribunal de Disciplina, y una vez incorporados los suplentes, no obtuviera quórum suficiente para sesionar válidamente, la Comisión Directiva convocará a la Asamblea

de Delegados, la que en una única sesión, y por el voto secreto de sus miembros, deberá cubrir los cargos vacantes, siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 15 de la presente. Los así electos completarán el período.

TITULO 3

DE LOS PODERES DISCIPLINARIOS

ARTICULO 31º.- Es atribución exclusiva del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social fiscalizar el correcto ejercicio de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social. A tales efectos en el ejercicio de la facultad conferida por el artículo 8º inciso b) el Consejo Profesional ejercitará el poder disciplinario con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTICULO 32º.- Las sanciones disciplinarias serán:

Llamado de atención;
Advertencia en presencia de la Comisión Directiva;
Multa;
Suspensión;
Exclusión de la matrícula.

ARTICULO 33º.- Los profesionales del Servicio Social o Trabajo Social quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas:

Condena judicial por delito doloso a pena privativa de libertad o condena que comporte la inhabilitación profesional;

Retención indebida de documentos o bienes pertenecientes a sus asistidos;

Incumplimiento de las normas de ética profesional sancionadas por el Consejo;

Toda contravención a las disposiciones de esta ley, su reglamentación, y al reglamento interno que sancione la Asamblea de Delegados;

Falta de pago de tres (3) cuotas anuales;

Negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTICULO 34º.- En todos los casos que recaiga sentencia penal condenatoria a un profesional del Servicio Social o Trabajo Social, será obligación del tribunal interviniente comunicar al Consejo Profesional la pena aplicada, con remisión de copia integra del fallo recaído y la certificación de que la misma se encuentra firme. La comunicación deberá efectuarse al

Presidente de la Comisión Directiva dentro del término de cinco (5) días de quedar firme la sentencia.

ARTICULO 35º.- Las sanciones de los incisos a), b) y c) del artículo 32 se aplicarán por la decisión de simple mayoría de los miembros del Tribunal de Disciplina. La sanción del inciso d) del citado artículo requerirá del voto afirmativo de cuatro (4) de los miembros del Tribunal de Disciplina.
La sanción del inciso e) del artículo 32, requerirá del voto afirmativo de cinco (5) de los miembros del Tribunal de Disciplina; que para el caso se integrará también con los dos primeros suplentes en igualdad de condiciones.
Todas las sanciones aplicadas por el Tribunal de Disciplina serán apelables con efecto suspensivo.
El recurso deberá interponerse dentro de los diez (10), días hábiles de notificada la respectiva resolución, en forma fundada ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal.
La Comisión Directiva del Consejo Profesional será parte en la sustanciación del recurso.
Recibido el recurso la Cámara dará traslado a la Comisión Directiva del Consejo Profesional por el término de diez (10) días y, evacuado el mismo, deberá resolver en el término de treinta (30) días.
Cuando se impongan sanciones de suspensión, las mismas se harán efectivas a partir de los treinta días de quedar firmes.

ARTICULO 36º.- Las acciones disciplinarias prescribirán a los dos (2) años de producidos los hechos que autoricen su ejercicio y siempre que quienes tuvieron interés en promoverlas hubieran podido razonablemente tener conocimiento de los mismos. Cuando hubiera condena penal, el plazo de prescripción de las acciones disciplinarias de esta ley será de seis (6) meses a contar desde la notificación al Consejo Profesional.

ARTICULO 37.- El Tribunal de Disciplina, por resolución fundada, podrá acordar la rehabilitación del Profesional del Servicio Social o Trabajo Social excluido de la matrícula, siempre que hayan transcurridos dos (2) años como mínimo del fallo disciplinario firme y hayan cesado las consecuencias de la condena penal, si la hubo.

ARTICULO 38.- Las sanciones disciplinarias aplicadas deberán anotarse en el legajo personal del profesional sancionado. La renuncia a la matriculación no impedirá el juzgamiento del renunciante.

TITULO 4

REGIMEN ELECTORAL

ARTICULO 39.- Son electores de los órganos del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social todos los matriculados que no se hallen cumpliendo las

sanciones previstas en los incisos d) y e) del artículo 32.
No podrán ser elegidos quienes no estén incluidos en el padrón. El padrón será expuesto públicamente en la sede del Consejo por quince (15) días corridos a fin de que se formules las tachas o impugnaciones que correspondieren. Depurado el padrón la Comisión Directiva deberá convocar dentro de los sesenta (60) días siguientes a los profesionales inscriptos en condiciones de votar a fin de que elijan a las autoridades del Consejo.
El pago de las obligaciones en mora causantes de la exclusión del padrón, con sus adicionales, antes de los treinta (30) días de la fecha del comicio determinará la rehabilitación electoral del matriculado.

ARTICULO 40º.- El reglamento electoral deberá ser aprobado por la Asamblea de Delegados, debiendo ajustarse a las previsiones de la presente ley y su reglamentación; y en todo lo que no se oponga se aplicarán las disposiciones de la ley nacional electoral vigente.
Las listas que se presentan, para ser oficializadas, deberán contar con el apoyo por escrito de no menos de cincuenta electores. Los candidatos deberán reunir los requisitos previstos en los artículos 13, 14 y 15 de la presente ley respectivamente.

Las listas de candidatos que integran los distintos órganos del Consejo Profesional se presentarán en forma independiente, pudiendo el elector optar por distintas listas para la integración de cada órgano.

TITULO 5
DEL PATRIMONIO

ARTICULO 41º.- Los fondos del Consejo Profesional se formarán de la siguiente manera:

Cuota anual obligatoria;
Donaciones, herencias, legados y subsidios;
Multas;
Intereses y frutos civiles del Consejo;
Los aranceles que perciba el Consejo por los servicios que preste;
Todo otro ingreso proveniente de actividades realizadas en cumplimiento de esta ley.

ARTICULO 42º.- Los fondos que ingresen al Consejo Profesional deberá depositarse en bancos o entidades financieras oficiales.

ARTICULO 43º.- Los profesionales del Servicio Social o Trabajo Social podrán suspender el pago de la cuota anual, que establece la presente ley en beneficio del Consejo, cuando resuelvan no ejercer temporariamente la profesión en el territorio sujeto a jurisdicción de la misma durante un lapso no inferior a un (1) año, ni superior a cinco (5) años. El pedido de suspensión en el pago deberá fundarse en razones de trabajo en otras jurisdicciones, o enfermedad, extremos que deberán acreditarse en la forma que establezca el Reglamento que sancione la Asamblea de Delegados.

TITULO 6

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTICULO 44º.- Estarán habilitados para el ejercicio libre o en relación de dependencia de la profesión del Servicio Social o Trabajo Social por esta única vez y previa inscripción en la matrícula que llevará el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social, quienes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley:

Posean diploma o certificado de Asistente Social o Trabajador Social expedidos por centros de formación dependientes de organismos nacionales, provinciales o privados reconocidos por autoridad competente y cuyos planes de estudio le hayan asegurado una formación teórico-práctica de no menos de dos (2) años de nivel terciario.

Posean título académico de Doctor en Servicio Social, sin haber obtenido previamente alguno de los previstos en el artículo 3º de la presente ley.

Posean título de Licenciado en Servicio Social de Salud, Visitador de Higiene, Visitador de Higiene Social o Visitador Social otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, o por centro de formación dependientes de organismos nacionales, provinciales o privados reconocidos por autoridad competente en las mismas condiciones expuestas en el inciso a) “in fine” de este artículo.

Asimismo, por esta única vez, todos los títulos habilitantes comprendidos en la presente ley quedan equiparados, a todos sus efectos, al de Licenciado en Servicio Social - en cualquiera de sus orientaciones - plan de cinco (5) años otorgados por la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

ARTICULO 45º.- Con la finalidad de dejar constituido con sus autoridades el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, el Ministerio de Salud y Acción Social tendrá a su cargo el primer empadronamiento de los futuros matriculados en la forma y condiciones que establezca la reglamentación. Para ello tendrá un plazo que no será inferior a seis (6) meses ni superior a un (1) año a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley.
Será condición para empadronarse cumplir con los requisitos exigidos por el artículo 24 incisos a), b) y c) de la presente ley.
Cumplida la tarea de empadronamiento, el Ministerio de Salud y Acción Social procederá a realizar la primera convocatoria para la elección de los cuerpos orgánicos del Consejo Profesional, de acuerdo con lo normado en la presente ley y su reglamentación.
Asimismo queda el Ministerio de Salud y Acción Social facultado para resolver toda otra cuestión no prevista en orden a la realización de este primer acto electoral hasta que queden constituidas las autoridades del Consejo Profesional.

ARTICULO 46º.- Constituidas las autoridades del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, el Ministerio de Salud y Acción Social hará entrega a la Comisión Directiva de los registros, padrones y toda otra documentación obrante en su poder como consecuencia de lo realizado en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior.

ARTICULO 47º.- Los requisitos de antigüedad establecidos en los artículos 13, 14 y 15 de la presente ley, no serán de aplicación hasta tanto hayan transcurrido un (1) año, tres (3) años y cinco (5) años respectivamente a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente.

TITULO 7

DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 48.- Los fondos necesarios para el cumplimiento dispuesto en el artículo 45 de la presente ley; serán imputados a la partida presupuestaria del Ministerio de Salud y Acción Social.

ARTICULO 49.- Los matriculados del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social que fueren electos para integrar los órganos del mismo y se encontraren prestando servicios designados o contratados por el Estado Nacional; la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires; la Gobernación del Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y organismos oficiales; entes descentralizados; sociedades del Estado o empresas privadas, tendrán derecho al uso de licencia en la forma que determine la reglamentación, por el tiempo que dure su mandato para el mejor cumplimiento de sus obligaciones.

ARTICULO 50.- Exceptuase al Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social y a los trámites que los representantes realicen del pago de todo impuesto, toda contribución nacional o municipal.

ARTÍCULO 51.- A partir de la entrada en vigencia de la presente ley quedan derogadas todas las normas legales o reglamentarias que se opongan a la misma, con excepción de la legislación vigente en el área de la Salud.

ARTICULO 52º.- La presente ley entrará en vigencia a los noventa (90) días de su promulgación; término en el cual el Poder Ejecutivo deberá establecer la reglamentación pertinente.

ARTICULO 53º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DIECIOCHO DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS.

REGISTRADA BAJO EL Nº 23377

DECRETO Nº 1568/88
Reglamentario de la Ley Nº 23.377
Sanción: 1/11/88
Publicación: 8/11/88

Buenos Aires, 1º Nov. 1988

VISTO la ley Nº 23.377 sobre el ejercicio de la profesión del servicio social o trabajo social, sancionada por el Congreso de la Nación el 18 de setiembre de 1986 y promulgada con fecha 17 de octubre del mismo año; y

CONSIDERANDO:

Que es menester proceder a su reglamentación.

Que el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL ha proyectado el correspondiente Decreto Reglamentario.

Que el PODER EJECUTIVO NACIONAL se encuentra facultado para el dictado del presente decreto por el artículo 86 inciso 2º de la Constitución Nacional y artículo 52 de la Ley Nº 23.377.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

ARTICULO 1º.- (Artículo 2º de la Ley) - Son funciones del profesional de servicio social o trabajo social:

Promover la participación organizada de personas, grupos y comunidades para mejorar su calidad de vida.

Realizar acciones de promoción, asistencia y rehabilitación social de personas y grupos.

Realizar acciones a nivel individual-familiar, grupal y comunitario que favorezcan el ejercicio, la rehabilitación y el desarrollo de conductas participativas.

Realizar acciones tendientes a prevenir la aparición de problemas sociales y/o de sus efectos.

Promover la creación, desarrollo, mejoramiento y adecuada utilización de los recursos de la comunidad.

Realizar acciones tendientes a mejorar los sistemas de relaciones y de comunicación en los grupos, para que estos logren, a través de la autogestión, su desarrollo integral.

Brindar orientación y asesoramiento en materia de acción social a personas, grupos o instituciones.

Capacitar y orientar a individuos, grupos y comunidades para el empleo de sus propios recursos en la satisfacción de sus necesidades.

Organizar, administrar, dirigir, supervisar instituciones y servicios de bienestar social.

Elaborar, conducir, ejecutar, supervisar y evaluar planes, programas y proyectos de promoción comunitaria.

Supervisar técnicamente a los propios profesionales de servicio social o trabajo social, en materia de su específica competencia.

Realizar estudios diagnósticos de la realidad social sobre la que se deberá actuar.

Participar en la investigación y en la elaboración, ejecución y evaluación de planes, programas, proyectos y acciones de distintas áreas que tengan incidencia en lo socio-cultural.

Asesorar en la formulación, ejecución y evaluación de políticas tendientes al bienestar social.

ñ) Realizar estudios e investigaciones sobre:

1.- La realidad socio-cultural y los aspectos epistemológicos del area profesional, para crear o perfeccionar modelos teóricos y metodológicos de intervención.

2.- Las causas de las distintas problemáticas sociales y los factores que inciden en su génesis y evolución.

Realizar peritajes sobre distintas situaciones sociales.

Las funciones enumeradas en el presente artículo deben considerarse, a todos su efectos, de naturaleza docente y/o asistencial.

ARTICULO 2º.- (Artículo 4º de la Ley) - La habilitación precaria a que se refiere el artículo 4º de la Ley Nº 23.377 en ningún caso podrá significar autorización para el ejercicio privado de la profesión, salvo los fines de investigación, asesoramiento o docencia, durante el término de vigencia de sus contratos realizados con instituciones públicas o privadas, legalmente reconocidas. Darán cumplimiento al mismo tiempo, a las normas legales y reglamentarias vigentes sobre régimen migratorio aplicables a los residentes transitorios.

ARTICULO 3º.- (Artículo 5º, inciso a) de la Ley) - A los profesionales de servicio social o trabajo social que se desempeñan en organismos o instituciones dependientes del Estado Nacional, de la Municipalidad de la Capital Federal o del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, cualquiera fuere el lugar de desempeño de sus actividades, se les dará por satisfecho el cumplimiento de lo dispuesto en el inciso a) del artículo 5º de la Ley Nº 23.377.

ARTICULO 4º.- (Artículo 9º, inciso b) y c) de la Ley) - Las atribuciones del Consejo Profesional enunciadas en los incisos b) y c) de la Ley Nº 23.377, implican las facultades del mismo para controlar, en todos los casos, la idoneidad de las actuaciones de los matriculados, así como velar por condiciones de trabajo que permitan un adecuado cumplimiento de sus deberes y funciones profesionales, especialmente en lo relativo a requisitos de privacidad para el trato con los asistidos y garantía de reserva de toda documentación de carácter confidencial. Para ello, podrá intervenir de oficio, por demanda o a petición de parte interesada. La resolución que se dicte en cada caso no causará instancia.

Asimismo el Consejo Profesional evaluará la naturaleza y condiciones de las tareas desempeñadas por los matriculados, a efectos de promover ante los organismos correspondientes la aplicación de normas vigentes sobre seguridad y previsión social relacionadas con el riesgo profesional.

ARTICULO 5º.- (Artículo 24, inciso b) de la Ley) - Los títulos habilitantes a que se refiere el inciso b) del artículo 24 de la Ley Nº 23.377 serán los que constituyan la documentación final y definitiva que los centros de estudios mencionados en el artículo 44 de la misma ley hayan otorgado como comprobante de que los egresados de los mismos cumplieron la totalidad de los requisitos curriculares exigibles.

ARTICULO 6º.- (Artículo 24, inciso e) de la Ley) - Para inscribirse en la matrícula del Consejo Profesional el peticionante abonará, por única vez, además de los importes a que hace referencia el punto 4 del inciso a) del artículo 16 de la Ley Nº 23.377, una suma equivalente al CINCUENTA POR CIENTO (50%) de la cuota anual.

El requisito de previa matriculación no será exigido hasta tanto se haya constituido el Consejo Profesional.

ARTICULO 7º.- (Artículo 45 de la Ley) - El primer empadronamiento y acto electoral, a que se

refiere el artículo 45 de la Ley Nº 23.377 se realizará de acuerdo con las siguientes disposiciones:
Las tareas inherentes a este primer empadronamiento y acto electoral estarán a cargo del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, a través de la Dirección de Control del Ejercicio Profesional y Establecimientos Sanitarios de la SECRETARIA DE SALUD, a la que corresponderá:

Inscribir en los padrones a los profesionales de servicio social o trabajo social que lo soliciten.

Confeccionar y depurar los padrones.

Convocar al acto electoral.

Designar a la Junta Electoral y asignarle sus funciones.

Convocar a los miembros electos de la Comisión Directiva para dejar constituido el Consejo Profesional.

Cumplir con lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley Nº 23.377 y artículo 8º del presente Decreto.

Realizar toda otra tarea necesaria para el cumplimiento del presente inciso.

EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, a través de la Dirección de Control del Ejercicio Profesional y Establecimientos Sanitarios de la SECRETARIA DE SALUD, podrá convenir con instituciones públicas o privadas comprendidas en el artículo 4º de la Resolución Nº 1081/87 de ese mismo MINISTERIO, la realización de tareas de colaboración o apoyatura que fueren menester para el mejor cumplimiento de lo dispuesto en el inciso precedente.

Será condición para empadronarse cumplir con los requisitos exigidos por los incisos a), b) y c) del artículo 24 de la Ley Nº 23.377.

El período de empadronamiento será CIENTO OCHENTA (180) días corridos a partir del primer día hábil siguiente a la publicación del presente Decreto. En caso de realizarse el convenio a que hace referencia el inciso b) del presente artículo, el mencionado período se contará a partir del primer día hábil siguiente a la publicación del mismo.

Durante los QUINCE (15) días corridos inmediatamente posteriores al período de empadronamiento, se exhibirán públicamente los padrones en sede que determine el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL a través de la Dirección de Control del Ejercicio Profesional y Establecimientos Sanitarios de la SECRETARIA DE SALUD, a fin de que se formulen las tachas e impugnaciones.

Vencido el período de depuración de padrones a que se refiere el inciso anterior, el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL convocará a los empadronados para que elijan a las autoridades del Consejo Profesional.
El acto electoral se realizará entre los TREINTA (30) y CUARENTA Y CINCO (45) días de concluido el período de depuración de padrones. La publicación de esta convocatoria se realizará en por lo menos DOS (2) diarios de circulación masiva de Capital Federal.

El plazo para la presentación de listas vencerá QUINCE (15) días corridos antes del acto electoral. Los propiciantes de cada lista designarán un apoderado de cada una de ellas, los que se integrarán a la Junta Electoral con voz, pero sin voto.

ARTICULO 8º.- (Artículo 46 de la Ley) - Dentro de los CINCO (5) días hábiles posteriores a la realización del acto electoral, la Dirección de Control del Ejercicio Profesional y Establecimientos Sanitarios de la SECRETARIA DE SALUD, citará a los miembros electos de la Comisión Directiva, a fin de dejar constituido el Consejo Profesional, procediéndose a entregar a la misma la documentación a que se refiere el artículo 46 de la Ley Nº 23.377.

ARTICULO 9º.- (Artículo 49 de la Ley) - Los matriculados del Consejo Profesional tendrán derecho al uso de licencia a que se refiere el artículo 49 de la Ley Nº 23.377, con sujeción a las siguientes disposiciones:

Los miembros de la Comisión Directiva y del Tribunal de Disciplina, por el término de duración de sus mandatos, sin goce de haberes, debiendo reintegrarse a sus cargos en sus lugares de empleo dentro de los DIEZ (10) días hábiles posteriores a la finalización del mandato. El tiempo durante el cual los matriculados precedentemente mencionados hubieran desempeñado las funciones aludidas será considerado como tiempo de servicio a los efectos del cómputo de su antigüedad, frente a los beneficios que legal o convencionalmente les hubieran correspondido para el caso de haber prestado servicios.

Tendrán asimismo, derecho a permanecer en su régimen previsional y de obra social. Los aportes previsionales y de la seguridad social que correspondieren al empleador serán solventados por el Consejo Profesional, desde el comienzo de la licencia hasta su reincorporación al empleo. Los correspondientes al matriculado serán solventados por el mismo.

Los miembros de la Asamblea de Delegados que se desempeñen en instituciones u organismos dependientes del Estado Nacional, de la Municipalidad de la Capital Federal o del Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, no sujetos al régimen de convenciones colectivas de trabajo, hasta CINCO (5) días hábiles por año calendario, con goce de haberes, para asistir a las sesiones del cuerpo que integran. Cuando se requieran más días de los mencionados, la correspondiente licencia será concedida sin goce de haberes.
Los miembros de la Asamblea de Delegados que se desempeñen en actividades sujetas a

convenciones colectivas de trabajo tendrán derecho al uso de licencia por los días que requieran para el cumplimiento de sus funciones. Esta licencia se otorgará con o sin goce de haberes, según lo determinen las disposiciones legales o convencionales aplicables a la actividad del matriculado.

Los matriculados que fueren designados por el Consejo Profesional para representarlo en congresos, conferencias, seminarios, simposios, jornadas o cursos a realizarse en el país o en el extranjero, gozarán de licencia sin goce de haberes por el período que demanden tales acontecimientos.
Sin embargo tendrán derecho a percibir remuneraciones por el período de licencia, si así lo determinan las disposiciones legales o convencionales que rijan la actividad.

Será aplicable lo normado en le inciso a) del presente artículo a los matriculados que fueren designados por el Consejo Profesional para cumplir funciones en la Comisión de Vigilancia o en otros órganos del mismo.

Los empleadores podrán otorgar permiso a los matriculados que indique que el Consejo Profesional, a fin de que realicen gestiones relacionadas con el cumplimiento de las funciones que al mismo corresponde.

El otorgamiento de las licencias previstas en el presente artículo queda supeditado a la previa comunicación a los empleadores por parte del Consejo Profesional, la que contendrá:
1.- Nombre y apellido y número de identidad del matriculado.
2.- Cargo para el que ha sido designado o elegido.
3.- Fecha de iniciación y terminación del mandato.

ARTICULO 10º.- Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese.