**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

2012

# Sistematización de la experiencia realizada en el centro de asistencia de adolescentes en riesgo "PROYECTO DE VIDA" de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo junio-diciembre de 2009

Graff, Natalia Raquel

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/488

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

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

*Universidad Nacional de Mar del Plata*

*Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social*

*Departamento de Servicio Social*

*Licenciatura en Servicio Social*

# *Tesis de Grado*

## *"Sistematización de la experiencia realizada en el Centro de Asistencia de Adolescentes en Riesgo "PROYECTO DE VIDA" de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo Junio-Diciembre de 2009"*

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.
Inventario 4265
Signatura Top
Vol.:
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata
24 NOV 2012

***Autora:*** *Graff, Natalia Raquel*

***Directora de Tesis:*** *Lic. Lalli, Alejandra*

***Co-directora de Tesis:*** *Lic. Bonanno, Anastasia*

*Mar de Plata. Buenos Aires. Argentina.*

*Año 2012*

***-Autora:*** *Graff, Natalia Raquel*

*Firma:*

*DNI: 30.737.633*

***-Directora de Tesis:*** *Lic. Lalli, Alejandra*

*Firma:*

A. ALEJANDRA
Lic. en Servicio Social

***-Co-directora de Tesis:*** *Lic. Bonanno, Anastasia*

*Firma:*

Mat. Prov. 6375
DIVISIÓN SERVICIO SOCIAL EN SALUD
MUNICIPALIDAD de Gral. PUEYRREDON

***INDICE*** ***Página***

***-INTRODUCCION***..... 4

***-FUNDAMENTACION***..... 5

***-ANTECEDENTES***..... 7

***-OBJETIVOS***.....8

***PRIMERA PARTE:***

***MARCO TEORICO CONCEPTUAL***

***CAPITULO I:***

-TRABAJO SOCIAL.....11

-HISTORIA Y EVOLUCION DEL TRABAJO SOCIAL.....14

***CAPITULO II:***

-INSTITUCION-ONG.....18

-TRABAJO SOCIAL EN SALUD..... 22

-ADICCION..... 24

-DROGA..... 26

-DROGADEPENDENCIA..... 31

-DIMENSION FAMILIAR..... 34

-PROYECTO DE VIDA..... 36

***CAPITULO III:***

SISTEMATIZACION DE LA PRACTICA PROFESIONAL..... 39

*CAPITULO VI:*

-PROCESO METODOLOGICO..... 44

-CAMPO DE INTERVENCION..... 47

*SEGUNDA PARTE:*

***MARCO CONTEXTUAL***

***ENCUADRE INSTITUCIONAL-DESCRIPCION DE LA INSTITUCION***

-UBICACIÓN ESPACIAL DE CEAR.....52

-INSTITUCION REFERENTE AL PROYECTO.....53

-SERVICIO SOCIAL DE CEAR.....57

-OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL.....58

-ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL.....59

*TERCERA PARTE:*

***SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DE CAMPO***

-METODOLOGÍA DE SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....61

***PRESENTACIÓN DE LOS CASOS Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN***

-PRESENTACIÓN DE LOS CASOS.....65

-ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN.....69

***CONSIDERACIONES FINALES***.....73

**BIBLIOGRAFÍA**..... 78

**ANEXOS**..... 81

# *INTRODUCCION*

El presente trabajo cuenta la experiencia realizada en el Centro de Asistencia de Adolescentes en Riesgo "PROYECTO DE VIDA" de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires.

Considero importante plantear este trabajo teniendo una perspectiva teórica clara y precisa, resaltando que me propongo reproducir la práctica conceptualmente, realizar una descripción del ejercicio de la praxis y sistematizar reflexionando sobre lo actuado.

El Trabajo Social en el campo de las Adicciones integra diferentes niveles de abordaje: la persona, la familia, el grupo, la institución y la comunidad, dado que la problemática es compleja y se hace dificultoso abordarla desde un nivel específico.

El trabajador social actúa junto con otros profesionales, en tareas de prevención, asistencia, promoción y reinserción social.

El fin del trabajo social en la problemática específica de las adicciones, es transformar la situación del sujeto, promover su participación activa y procurar que este sea protagonista de su cambio.

# *FUNDAMENTACION*

Durante el año 2009 lleve adelante la Practica Institucional Supervisada en el marco de la asignatura Supervisión.

La misma se desarrolló en CEAR (Centro de Asistencia Adolescentes en Riesgo), Organización No Gubernamental de la ciudad de Mar del Plata, cuyo propósito es "realizar acciones socio-terapéuticas tendientes a solucionar problemas relacionados al uso y abuso de estupefacientes"[1].

Durante mi inserción en la institución realice una aproximación a las características de la problemática, a las formas de abordaje de la institución y a la intervención del Trabajo Social.

La concurrencia de 20hs. semanales me posibilitó el primer acercamiento al ejercicio de la profesión en una institución asistencial, a la inserción profesional en los equipos de salud y al espacio de la disciplina en los esquemas terapéuticos.

Simultáneamente, fui actualizando los conocimientos teórico-metodológicos, para adquirir los elementos que me permitan comprender el alcance de la intervención en relación con la especificidad y convergencia disciplinar.

Esta experiencia confronta el rol imaginario que construí durante la formación a través de las asignaturas teórico-prácticas, por cierto muy alejadas del ejercicio real ya que el modelo de prácticas realizadas en los primeros años de carrera no prevé ninguna aproximación al trabajo institucional.

Esta confrontación me posibilitó visibilizar el ejercicio real del trabajo social y los espacios terapéuticos vacantes que podría ocupar la profesión; facilitándome diseñar un proyecto para presentar a la institución.

---

[1] *Cuaderno CEAR: Objetivos y modalidades de trabajo de la asociación civil. Mar del Plata.2004*

En tal sentido considero valioso presentar la experiencia como trabajo final, por considerar que la misma me ha permitido una síntesis superadora de la integración teórico-práctica, entendida como la aplicación de conocimientos teóricos e instrumentos a una realidad dada.

Esta síntesis, expresa en un criterio la oportunidad para el ejercicio profesional autónomo propio de una praxiología, y la superación del "rol subsidiario y auxiliar".

# *ANTECEDENTES*

En relación a la problemática del abuso de sustancias psicoactivas, y del Rol Específico del Trabajador Social con personas que realizan tratamiento en CEAR durante el periodo Junio-Diciembre de 2009 surgen los siguientes antecedentes:

-La ONG Comunidad Terapéutica Vínculos Puerto Montt, ha realizado un análisis de la experiencia de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas. La misma se llevo a cabo con adolescentes con infracción a la ley durante el periodo Junio de 2007 y diciembre de 2008.

El mismo consistió en una sistematización generando propuestas orientadas a promover un cambio, estableciendo un modelo operativo que pueda ser compartido por otros. El marco conceptual se centró principalmente en el desarrollo de un análisis y comprensión de los conceptos de práctica social, sistematización de experiencias y modelos de tratamiento por adicción a las drogas para adolescentes con infracción a la ley[2].

-Estudiantes de 1° Año de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad Católica de Temuco (Chile), para el Ramo de Fundamentos del Trabajo Social I, en el año 2002, han efectuado un trabajo de investigación relacionado al impacto de la drogadicción en la sociedad y la especificidad del trabajador social en esta temática.

Se describen los conceptos de drogadicción, adicción, el rol preventivo que cumple el gobierno a través del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), la drogadicción según distintos ámbitos de la sociedad, el Rol del Trabajador Social en la drogadicción y las formas de prevención.

---

[2] Sistematización adquirida desde el Centro Medico de la ciudad de Mar del Plata. ONG Vínculos. Año 2009

## ***OBJETIVOS***

**OBJETIVOS GENERALES:**

♦ Estudiar el alcance de la intervención del Trabajador Social con personas con diagnóstico de adicciones en el marco de tratamiento de una institución asistencial especifica.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

♦ Describir las características del contexto institucional y función de sus integrantes.

♦ Identificar el esquema de tratamiento.

♦ Describir el perfil de la población que concurre a CEAR.

♦ Reconstruir e interpretar críticamente la intervención del Trabajador Social en el proyecto realizado.

♦ Realizar aportes orientados a la intervención especifica del Trabajo Social.

# *PRIMERA PARTE:*

# ***MARCO TEORICO CONCEPTUAL***

# ***CAPITULO I***

# *TRABAJO SOCIAL*

El Trabajo Social se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre personas y su ambiente. Su misión es la de facilitar que las personas desarrollen plenamente sus potencialidades. Los Trabajadores Sociales son agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan[3].

El ejercicio profesional supone que el otro contiene un real potencial, tenemos que aferrarnos a la noción fundamental que la persona piensa y reflexiona acerca de la conducta, hechos y sucesos, y puede orientar su acción, tomar decisiones, planear su futuro y que con nuestra intervención debemos captar, crear oportunidades y estimular acciones en conjunto.

El Trabajo Social proviene de la corriente Humanista Dialéctica que consiste en reconocer al otro como un ser pensante, como un ente racional, un ser que puede hacerse cargo de su vida, y que puede darle un sentido moral-social a la misma[4]. El paradigma humanístico sustenta, organiza y orienta una ciencia, en nuestro caso al Trabajo Social, como una profesión científica del hombre y la sociedad.

El trabajo Social tanto por su naturaleza como por la estructura lógica y organizadora de su práctica es una profesión científica. Una de las principales bases de la cientificidad del Trabajo Social es el dominio crítico de conocimientos y conceptos para comprender al objeto social y actuar con él.

---

[3] Idem
[4] Di Carlo Enrique. El humanismo dialéctico. Apunte de cátedra. 1997

Estamos capacitados para tratar asuntos concretos, teniendo en cuenta la necesidad y realidad, tratando la situación problema con viabilidad de ser transformada.

Al trabajo social le incumbe la liberación de los recursos en el entorno inmediato y de las capacidades del individuo para alcanzar una vida más plena, afirmando que para ayudar eficazmente a otra persona, es preciso saber respetar la personalidad humana; reconocer que cada cual tiene el derecho de gobernar su propia vida, de gozar de libertades y buscar su felicidad conforme con su manera de entender las cosas.

El objetivo es proporcionar servicios y hacer participar activamente a la persona para la solución de sus problemas.

No se trata de buscar un vínculo afectivo con los sujetos, sino de establecer una comunicación humana racional, comprendiendo juntos la realidad.

Lo que el trabajador social pretende es conseguir el mantenimiento, desarrollo y mejora de las relaciones sociales, las cuales se componen del factor individuo y del factor entorno.

A la hora de emprender la intervención de un caso individual, grupal y/o familiar, es importante tener en cuenta que el entorno es esencial en lo que respecta a la reeducación personal, y el ámbito familiar y/o red de apoyo constituye un factor capaz de mejorar la integración del ser humano en el mundo que les toca vivir.

Antiguamente el trabajo social de casos era una cuestión meramente del trabajador social y la persona con un problema, en la actualidad esta mirada cambio ya que intervienen familiares y otros profesionales, que hacen que el tratamiento adquiera mayor importancia o relevancia en la recuperación.

Estos factores están condicionados por las experiencias previas, prejuicios, valores y sentimientos de la persona, por tanto cada uno de los involucrados en el caso interpreta la situación en concordancia con su carga personal.

Toda práctica profesional incluye valoraciones y en el trabajo social y en las actividades con grupos se debe tener presente la dignidad de la persona humana, la responsabilidad, la cooperación, la iniciativa individual, la libertad de participación y la individualización.

# *HISTORIA Y EVOLUCION DEL TRABAJO SOCIAL*

La historia nos puede ayudar a comprender el presente. Así en la evolución del Trabajo Social encontramos una idea que es su esencia: la idea de ayuda, de estar presente, de trabajar con y para conseguir una mejora y/o transformación de una situación.

## *ORIGEN Y EVOLUCION DEL TRABAJO SOCIAL*

La referencia histórica del origen del Trabajo Social remite a las llamadas formas de ayuda y asistencia social, a partir de las cuales se desprende el Trabajo Social como profesión. El ejercicio de estas formas de ayudar al otro se denominaban: caridad y filantropía, y pueden resumirse en el concepto de Beneficencia.[5]

Las sociedades filantrópicas más relevantes, tuvieron su origen en Inglaterra de los siglos XVIII y XIX, pasando de la mera acción privada inicial, a la colaboración con el Estado.

Con la industrialización emergen la acción benéfica y la filantropía, como movimientos sociales que intentan organizar la ayuda mutua desde una perspectiva universalista, contribuyendo a la creación de las organizaciones caritativas privadas, para culminar en la Charity Organization Society (C.O.S). Las C.O.S (1869) fueron entidades privadas, cuya finalidad radicaba en la lucha contra la pobreza en la sociedad anglosajona industrial del siglo XIX. En su seno, nace el primer método de trabajo social, el "social casework"- trabajo social de casos-. La metodología básica propuesta por la C.O.S., consistía en la realización de un diagnóstico previo de las

[5] "Aproximación al marco axiológico y normativo de la profesión" (2005) Apuntes de la cátedra Metodología del Servicio Social Introducción de la Lic. En Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

necesidades reales, y un análisis detallado de las ayudas posibles. La acción social sobre las personas, estaba basada en el respeto a sí mismo y en el mantenimiento de las propias necesidades, argumentando que toda persona pobre debía en primer lugar tomar conciencia de que ella misma era el motor de su ayuda y la responsable de su mantenimiento. Esta fue la primera organización de la caridad de carácter científico.[6]

En este siglo se producen un hecho histórico relevante: en Alemania, el Canciller Otto Von Bismarck, promulga el subsidio de enfermedad para los trabajadores en 1884 y el Reconocimiento del derecho a la jubilación para todos los trabajadores en 1889 (seguridad social). Esto significó una ruptura con las instituciones de beneficencia.[7]

## *PRECURSORES DEL TRABAJO SOCIAL*

Desde el punto de vista científico, los dirigentes de la C.O.S fueron los precursores del Trabajo Social, aportando la idea de un proceso evolutivo de análisis de la realidad social. Entre ellos se encontraban:

Charles Loch (1845-1913), Octavia Hill (1840-1866), El Reverendo Barnett (1864-1945) Jane Addams (1860-1935), Mary Richmond (1861-1922).[8]

Esta última fue reconocida mundialmente como fundadora de la disciplina del trabajo social, como proceso de interpretación de la realidad en la que el sujeto participa con su interacción subjetiva, y se responsabiliza del resultado de la acción social como sujeto de la transformación y del cambio social demandado.[9]

## *EL TRABAJO SOCIAL EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO*

[6] Ibidem.
[7] Insuani Ernesto, Lo Vuolo, Rubén, Tenti Fanfani Emilio; "El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis".Ed. Miño Dávila.
[8] Ibidem.
[9] Richmond, M. E. (2001). "Qué es el Trabajo Social con casos individuales". Buenos Aires. Ed. Lumen Humanitas.

Desde una dimensión internacional podemos decir que la revolución industrial y el desarrollo del capitalismo de perfil liberal generaron procesos inequitativos de acumulación de riqueza que se tradujeron en diferencias estructurales (económicas, sociales, de bienestar) en las relaciones entre las clases sociales.

Estos procesos inequitativos comienzan a reproducirse en el contexto latinoamericano, generando crisis económicas, la aparición de movimientos sociales, organizaciones obreras, los sindicatos y demanda de intervención del Estado por parte de las clases trabajadoras. Es en este entorno, donde podemos ubicar históricamente el origen del Trabajo Social en América Latina, a finales del Siglo XIX y principios del XX.[10]

[10] Universidad de Lanús (2006). "Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el ámbito comunitario" en Políticas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social.

# ***CAPITULO II***

## *INSTITUCION /ONG*

El trabajo social se desarrolla principalmente dentro o en relación con instituciones que se desenvuelven en un campo determinado.

Según Kisnerman, una institución es parte de una estructura social a la que reproduce como parte de ella, por lo tanto, toda institución es una microsociedad donde se dan los mismos procesos que en la sociedad global de la que forma parte.

"Toda institución es concreta, social, histórica y compleja. Concreta porque es real, existe; social porque son los hombres quienes les dan origen, desarrollo y sentido; histórica porque obedece a una necesidad y realidad concreta que la genera y tiene un desarrollo en el tiempo-espacio; y compleja porque en ella se desarrollan una serie de actividades diversificadas componentes de la tarea global de la misma, las que también tienen un grado de desarrollo histórico y determinan roles y funciones."[11]

Siguiendo el concepto Kisnerman, "toda institución es una unidad de producción, que transforma determinados objetos en productos, mediante la utilización de recursos humanos, materiales, naturales, técnicos y financieros. En tanto unidad de producción, nos permite encararla desde el Trabajo Social como un recurso para el logro de objetivos profesionales. En tanto espacio donde se configuran determinadas relaciones de producción, nos permite abordarla desde el Trabajo Social como objeto de trabajo. Toda institución surge de una necesidad a la que pretende satisfacer, produciendo un resultado, efecto o producto." [12]

Según Andrés Thompson en su libro "El Tercer Sector y el Desarrollo Social, las sociedades capitalistas industrializadas han desarrollado tres mundos

---

[11] Kisnerman, Natalio y colaboradores. "Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social". Tomo 4. Tercera Parte. Editorial Humanitas. 1989 Pág. 44.
[12] Kisnerman, Natalio y colaboradores. "Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social". Tomo 4. Tercera Parte. Editorial Humanitas. 1989. Pág. 42.

institucionales diferenciados. El sector privado comercial que comanda las economías nacionales. El Estado cuya dimensión varía según el país. Por último, el "Tercer Sector" (llamado también el sector independiente, voluntario, no gubernamental o sin fines de lucro) que constituye una porción menor aunque no desdeñable de la economía. Este sector "...está conformado por un conjunto de organizaciones de variado tamaño y propósitos específicos que cumplen funciones en el terreno económico, social y cultural que tanto los empresarios como el gobierno no cumplen, o no cumplen bien, o no cumplen suficientemente."[13] Estas instituciones de promoción orientan sus acciones hacia las causas más estructurales de los problemas y las necesidades sociales buscando producir cambios de más largo y permanente alcance. La acción de las organizaciones voluntarias está perneada por un espíritu de cooperación y altruismo que pone en juego hábitos individuales de solidaridad.

Desde el punto de vista político, siguiendo a Thompson, las ONG`s (Organizaciones No Gubernamentales), son instrumentos de consolidación democrática ya que son una expresión de diversidad, altruismo, pluralismo y compromiso con la comunidad y con los sectores más carenciados.

Sin embargo, en la Argentina muchas ONG se fundaron, se desarrollaron, durante los períodos autoritarios, como forma de resistencia o como alternativa participativa.

Parece más plausible asociar el desarrollo del sector voluntario a los intentos de reconstruir el tejido de interacciones sociales, a la promoción de la participación, al pluralismo y a la convivencia democrática y a los intentos de reducir la vulnerabilidad de los sectores populares.

---

[13] Thompson, Andrés. "El Tercer Sector y el Desarrollo Social". Apunte de Cátedra Metodología Comunitaria de Trabajo Social. 2005.

El crecimiento del sector durante la época del régimen militar llevó a intentar reemplazar la acción del mercado y del Estado en la provisión de servicios sociales a los sectores más pobres, promoviendo la participación de diversos sectores en torno a cuestiones conflictivas con el régimen militar, sirvieron como canales de participación social y de oposición política. Las ONG`s ven al Estado como el agente fundamental del desarrollo, que debería ser el responsable de las acciones experimentadas por las ONG`s.

El sector no gubernamental tiene una función primordial en cuanto promotor, facilitador y de apoyo a iniciativas que tienen lugar en los grupos sociales de menores recursos.

Una organización no gubernamental es una entidad de carácter privado, con fines y objetivos definidos por sus integrantes, creada independientemente de los gobiernos locales, regionales y nacionales, así como también de los organismos internacionales. Jurídicamente adopta diferentes estatus, tales como asociación, fundación, corporación y cooperativa, entre otras formas.

Además hay una serie de razones que justifican la importancia adquirida por las ONG tales como:

- La estrecha vinculación de ellas con las organizaciones y sectores de la población, lo que les permite una mejor identificación de los problemas y de sus posibilidades de solución como una canalización más directa de la ayuda;
- Un grado importante de flexibilidad en sus actuaciones, al contar en su gran mayoría con estructuras reducidas que favorecen una ágil actuación;
- Su importante capacidad de concreción e innovación en la realización de programas y proyectos de desarrollo, así como la concepción integral de muchos de ellos acorde a la multicausalidad de los problemas del tercer mundo.

Estas organizaciones conforman un conjunto muy variado. Sin embargo, presentan ciertas características comunes: son organizaciones de propiedad y control privados, pero su existencia tiene por finalidad la satisfacción de necesidades públicas o sociales. No poseen fines de lucro y son autónomas dado que no dependen del estado ni de empresas privadas.

# *TRABAJO SOCIAL EN SALUD*

## *CONCEPTO DE SALUD - SALUD MENTAL – ENFERMEDAD:*

Según la OMS:

"La *Salud* es un estado de completo bienestar, físico, psicológico y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad"[14].

Un hombre sano no es solo el que siente bienestar en su anatomía y fisiología corporal, sino además aquel que posee armonía en su vida afectiva y en su mente, integrándose a la sociedad y al medio en el cual esta inserto.

La "*Salud Mental*" suele ser definida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Este estado garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar bienestar y calidad de vida. Aunque el concepto de salud mental nace por analogía a la salud física, trata de fenómenos más complejos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha asegurado que no existe una definición oficial acerca de la Salud Mental, ya que ésta siempre aparece influenciada por las diferencias culturales y la subjetividad.

La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 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[15].

---

[14] Organización Mundial de la Salud, 1948. Citado en Ferrara.1976.
[15] Ley 26.657 Ley Nacional De Salud Mental. Capítulo II Definición. Artículo 3°. Diciembre 2010.

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

Puede decirse que la Salud Mental es un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, y responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

La salud y la enfermedad son procesos sociales y personales en las que lo somático, lo psicológico y lo social (que implica lo relacional, lo cultural, lo ético, lo estético, etc.) son tres aspectos relacionados e indisociables. Y ello tiene consecuencias tanto en la atención de la salud de la comunidad (Salud Pública) como en la atención de la salud de las personas individuales, o de grupos concretos de población.

Esos tres aspectos están totalmente interrelacionados e imbricados, de tal manera que configuran una realidad única e irrepetible, una persona concreta en una situación concreta. No seria posible comprender la realidad de esa persona si no se tienen en cuenta todos ellos, sus interrelaciones y las consecuencias de esas interrelaciones, así como el hecho de que sus vivencias, su realidad interna, no son un mero reflejo de la realidad externa.

Desde el punto de vista del Trabajo Social la enfermedad es un acontecimiento social. Los miembros del contexto social de la persona afectada, están tan afectados por la enfermedad de éste, como lo están por todo lo que él/ella hace. Sus vidas están influenciadas, y ellos a su vez también ejercen influencia sobre el curso y a menudo sobre la naturaleza de la enfermedad. La situación es social, el acontecimiento es social, la intervención es social.

# *ADICCION*

Adicción es "NO HABLAR". "*A*" es un prefijo que quiere decir No y "*DICCION*" viene de Discurso, de Hablar. Una persona adicta es alguien que no puede expresar lo que le pasa, no puede decir que está disconforme con algo de su vida, que le duelen determinadas cosas, que sufre. Un adicto calla, y tapa sus emociones con droga, alcohol, juego, trabajo.

Las personas con Adicción aprenden a vincularse en el mundo a través de actitudes auto evasivas, por las cuales van formando vínculos dependientes, primero con personas y luego con sustancias o actividades socialmente aceptadas.

Las adicciones son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos. El origen de las mismas es multifactorial, entre los que podemos mencionar: factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Se utiliza el término Adicción para señalar aquella conducta caracterizada por la dependencia a algún tipo de sustancia, fenómeno o situación en modos excesivos y perjudiciales tanto para la salud física como para la salud mental de la persona en cuestión.

Algunas personas son más susceptibles a las adicciones que otras.

La adicción puede comenzar con un acto voluntario, simplemente hacer una actividad diferente, probablemente comience como una actividad socializante. Pronto puede decidir repetir la experiencia, porque le gustó, o le hace sentir bien.

Según la influencia de su espacio social, de la contención familiar, de sus fantasmas inconscientes y su capacidad de sublimación, se detendrá, lo restringirá para momentos especiales, o continuará la escalada convirtiéndose el consumo en algo cada vez menos manejable.

Las adicciones tienen una historia natural; así como los seres humanos nacemos, nos desarrollamos, y morimos, las adicciones se desarrollan comenzando por lo que se conoce como USO, o consumo social. Después, en esta evolución, hay una etapa de abuso. El ABUSO se refiere al consumo en poco tiempo o al consumo habitual.

La siguiente etapa es la Dependencia. La DEPENDENCIA es la necesidad imperiosa de consumo. Y va ligada a dos conceptos, TOLERANCIA y ABSTINECIA. A medida que la persona comienza a consumir, el cuerpo va generando un acostumbramiento. La Tolerancia es la necesidad de consumir más para generar el mismo efecto que antes se generaba con menos. Por otro lado la Abstinencia tiene que ver con el conjunto de síntomas que la persona siente cuando no consume.

# *DROGA*

Las drogas son definidas como aquellas sustancias de origen natural, sintético o semisintético, que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios fisiológicos, psicológicos o de la conducta.

Estas sustancias pueden ser llamadas fármacos o medicamentos, cuando se utilizan para tratar, prevenir, diagnosticar o aliviar las enfermedades y sus síntomas. También pueden ser llamadas drogas o sustancias psicoactivas (SPA) cuando la sustancia afecta directamente el sistema nervioso central de la persona y es susceptible de crear dependencia psicológica, física o ambas. Algunas drogas psicoactivas son utilizadas como medicamentos.

El consumo de drogas es un proceso en el que se observan las siguientes etapas:

**Uso:** se refiere a cualquier consumo que no produce consecuencias dañinas en el individuo.

**Abuso:** se define como un patrón mal adaptado de consumo que persiste al menos por un mes e incluye consumo continúo a pesar de las consecuencias dañinas y consumo en situaciones de riesgo (ej. manejo de un automóvil).

En la etapa de **Dependencia** se agregan además del desarrollo de la tolerancia y la abstinencia, *intoxicaciones* frecuentes, presencia del *síndrome de supresión* e interferencia con otras actividades. La dependencia puede ser física o psíquica.

***Intoxicación:*** se refiere al estado provocado por el consumo excesivo de cualquier droga en un corto período de tiempo, lo que genera alteraciones en el estado de conciencia, comportamiento, afectividad y otras funciones del organismo.

La intoxicación se puede presentar en cualquier nivel de consumo ya sea, uso, abuso o dependencia.

***Síndrome de supresión***: se produce cuando se suspende, o se disminuye bruscamente el consumo de la droga, después de ser ingerida en forma prolongada. Es un trastorno transitorio que se caracteriza por una serie de síntomas que varían dependiendo de la dosis y del tipo de sustancia.

**Sobredosis**: Consumo de una sustancia en una cantidad mayor a la que tolera el organismo en un corto espacio de tiempo (intoxicación aguda). Puede llegar a causar la muerte en los casos en que no se atienda con rapidez.

La sobredosis no es sólo el consumo de una dosis alta, una reacción tóxica a una droga también se considera como tal.

**Variabilidad Individual:** Todos los efectos descritos están mediatizados por la variabilidad individual, es decir, el alcance de cualquier efecto producido por una sustancia, así como la dependencia, tolerancia y abstinencia que pueda provocar, dependerá en cierta medida de las características bio-psico-sociales de cada individuo.

**Desintoxicación:** Proceso de superación de los efectos del síndrome de abstinencia que no suele prolongarse más de 10 ó 15 días y que puede realizarse bien domiciliariamente, ambulatoriamente o en unidades hospitalarias.

**Deshabituación o Rehabilitación:** Proceso de adquisición por parte del drogadependiente de capacidades y recursos que incorporados a su bagaje personal le permita superar la dependencia de las drogas.

## *FORMAS DE CONSUMO DE DROGAS*

**Experimentador**: Quien usa en forma esporádica la droga, generalmente motivado por la curiosidad o por presiones de grupo.

**Usador Social**: Repite con alguna frecuencia el uso de las drogas, muy en relación con actividades lúdico-recreativas y sociales; pero el consumo tiene muy poca incidencia en las actividades normales del individuo.

**Buscador:** Cuando la droga "es necesaria" para algunas actividades (sociales, académicas, laborales, etc). El individuo empieza a pensar en cuándo consumir, cómo conseguir la droga, etc. Gran parte de la energía psíquica se emplea en obtener la sustancia y en mantenerse bajo los efectos. Se inicia el desarrollo de tolerancia y el establecimiento de una dependencia.

**Disfuncional:** La dependencia ya se ha instalado, al igual que la tolerancia. Hay presencia significativa de problemas sociales, familiares, laborales, económicos, etc. ocasionado por el consumo de drogas.

**Destructivo:** Es la fase final. Aquí el individuo presenta un deterioro significativo a nivel personal, familiar y social. En el "argot" de los/as drogadependientes "se ha tocado el fondo". En esta fase habitualmente los adictos, lo han perdido todo, involucrados en ocasiones en actos delictivos y con alteraciones psico-físicas importantes.

## *CATEGORÍAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*

Estimulantes, Depresores y Alucinógenas:

Se considera ***Estimulantes*** (psicoanalépticas) a todas aquellas sustancias que excitan y activan el funcionamiento del sistema nervioso central.

En esta categoría están la cocaína (clorhidrato, pasta básica, bazuco), el tabaco (nicotina), café (cafeína), medicamentos (anfetaminas, broncodilatadores, antitusígenos, entre otros).

Las sustancias ***Depresoras*** (psicolépticas) son aquellas que enlentecen la capacidad de funcionamiento del sistema nervioso central, por ende las funciones psicológicas y corporales. Aquí se considera el alcohol, la heroína, medicamentos (tranquilizantes, hipnóticos, anestésicos), etc.

Las sustancias ***Alucinógenas*** (psicodislépticas) son aquellas que alteran la percepción del individuo, por lo que la persona puede apreciar ciertos estímulos distorsionados. Sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD) y el cannabis.

***AREAS PERJUDICADAS POR EL CONSUMO DE DROGAS***

Las áreas que pueden ser perjudicadas a partir del consumo de drogas son las siguientes:

*Relaciones Interpersonales*: la persona que consume tiende a aislarse del grupo de amigos no consumidores y a unirse a personas que sí consumen. Al cambiarle su estado de ánimo, puede mostrarse triste, agresiva o inquieta.

*Familia:* se ve afectada desde diversos ángulos, hay una disminución económica al invertir el dinero en la compra de la droga, se produce una situación de angustia, tristeza y hasta de agresividad en el núcleo familiar. La comunicación puede verse afectada, y frecuentemente, el consumidor no asume el papel que le corresponde dentro de la familia, lo cual conlleva a que otros deben asumirlo.

*Trabajo y/o estudio:* se comienza a bajar el rendimiento laboral o académico, se presentan llegadas tardías, ausencias hasta el punto que se llega a perder el trabajo o se da el abandono de estudios.

*Economía:* se comienza a utilizar el dinero en la obtención de la droga y no para cubrir necesidades básicas, lo cual afecta no sólo a la persona consumidora sino a quienes le rodean o dependen de la misma.

*Recreación:* se empieza a asociar la recreación con el consumo, al punto que el consumo se convierte en el único interés.

*Sexual:* el grado en que se afecte dependerá de la cantidad de droga que se consuma y del deterioro físico y mental del individuo.

*Psicológica:* se observan cambios en el estado de ánimo y de comportamiento, tanto en el núcleo familiar como social. El consumo conforme avanza, lesiona la autoestima de la persona.

*Física:* dependiendo del tipo de droga, la cantidad y la frecuencia con que se utilice, el organismo presentará una serie de alteraciones que provocarán diversos daños en distintos grados, inclusive la muerte.

*Judicial:* se pueden dar infracciones a la ley.

El consumo de sustancias es una práctica que afecta al organismo en todo sentido, y la probabilidad de uso, consumo o adicción dependerá de la presencia o ausencia de una serie de factores en diversos ámbitos y de conductas propias de la persona y/o de quienes le rodean.

# *DROGADEPENDENCIA*

La dependencia a sustancias psicoactivas o drogadependencia, constituye el síndrome característico que define la aparición de enfermedad y representa el final de un proceso que se inicia con el Consumo Experimental, suscitado por la curiosidad, la presión de grupo o la búsqueda de sensaciones, continuando con un Consumo Social, suscitado mas por las motivaciones y el refuerzo que proporcionan las drogas y avanzando hasta el Abuso, fase previa a la aparición de la Tolerancia y Dependencia, con las cuales se empieza a producir la enfermedad de las drogodependencias.

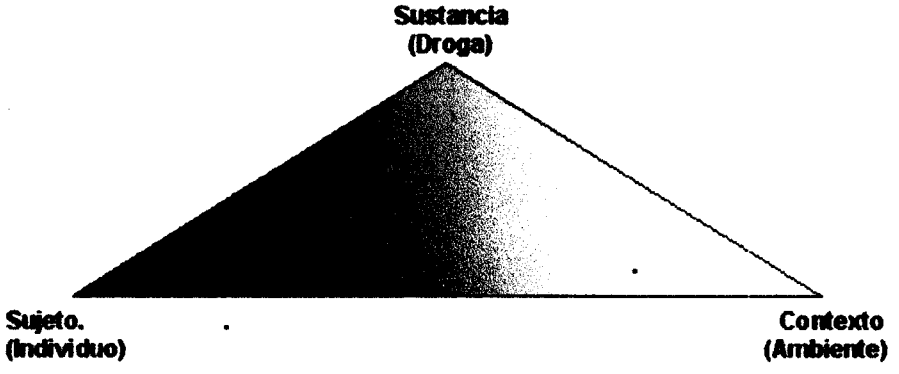
El concepto de Drogadependencia fue definido en 1982 por la OMS como "Un síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en la que se establece una gran prioridad por el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes".

Según el DSM IV, la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

La drogadicción es considerada enfermedad, cuando el individuo, que consume las drogas, ha involucrado ya su organismo y deja de ser una situación psíquica. La drogadicción es considerada enfermedad, cuando se necesita un tratamiento para salir de ella, y no puede ser controlada por la persona que consume.

No existen factores condicionantes únicos que permitan explicar la iniciación del consumo, el mantenimiento y el establecimiento de una adicción y/o dependencia; existen múltiples y complejas variables. Estas pueden clasificarse en tres categorías, constituyendo una tripolaridad.

Un polo concierne al Factor Droga y sus efectos tóxico - farmacológicos; otro polo tiene que ver con el Factor Sujeto; y todo el conjunto de hechos físicos y cognitivo-emocionales que incluyen su hábito; y por último, el tercer polo que concierne al Ambiente y Situación Social que rodea al consumidor.




El inicio en el consumo, mantenimiento de éste y desarrollo de adicción depende de la interacción entre -la sustancia - el sujeto y, -el ambiente:

***La droga***

Las drogas son aquellas sustancias de origen natural, sintético o semisintético, que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios fisiológicos, psicológicos o de la conducta.

Estas sustancias pueden ser llamadas fármacos o medicamentos, cuando se utilizan para tratar, prevenir, diagnosticar o aliviar las enfermedades y sus síntomas; también pueden ser llamadas drogas o sustancias psicoactivas cuando la sustancia

afecta directamente el sistema nervioso central de la persona y es susceptible de crear dependencia psicológica, física o ambas. Algunas drogas psicoactivas son utilizadas como medicamentos.

***El Individuo***

En los inicios del consumo, quizás el papel determinante lo constituye el sujeto. Las drogas están ahí, existen. Es el hombre el que finalmente decide consumir, probar, o no consumir.

El ser humano es un ser integral, dinámico, en constante interacción con su medio o contexto, de ahí que su estado de salud no se puede concebir sólo desde un punto de vista físico o mental, sino que debe tomarse en cuenta como una unidad. El consumo de sustancias es una práctica que afecta al organismo en todo sentido, y la probabilidad de uso, consumo o adicción dependerá de la presencia o ausencia de una serie de factores en diversos ámbitos y de conductas propias de la persona y/o de quienes le rodean.

***El contexto ambiental***

Constituye otro de los elementos que condicionan el inicio, abuso y establecimiento de una posible dependencia. Hoy en día no se pone en duda que son muchos los factores ambientales que pueden determinar el desarrollo de una dependencia; entre ellos están los factores familiares, socio-culturales, económicos, legislativos, educativos, laborales, etc.

# *DIMENSION FAMILIAR*

Se considera a la familia como grupo básico de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso, una identidad individual, una continuidad de la identidad en el tiempo y una estabilización del comportamiento (Ackermann); además de los cuidados básicos y el desarrollo de los valores.

Como todas las instituciones, la familia es un sistema de normas y valores interrelacionados que satisfacen un conjunto de propósitos. Aunque las formas y las funciones de la familia varían mucho, unas pocas normas y algunos valores son comunes a todas las sociedades.

La Familia es la mayor fuerza formadora del ser humano.

La falencia del sistema familiar puede traer consecuencias en la función de socialización de los hijos y generar tensiones que se reflejan en el comienzo o exacerbación de una enfermedad, o no poder ser continente de las ansiedades de los miembros del grupo.

Individuo, familia y sociedad forman un continuo en salud y enfermedad.

Cuando el problema de la adicción se instala en una familia son altos los desajustes que se producen en ella. El consumo de uno de los miembros no solo afecta a aquel que consume, sino también a aquellos que le rodean y, por tanto, la familia es uno de los pilares básicos con los que trabajar para reparar el daño que ésta ha sufrido y ver la dinámica que han establecido para poder sobrevivir en esta situación.

Todos esos sentimientos que abarcan al familiar suelen permanecer guardados y no han podido ser expresados ya que entre toda la turbulencia que viven no hay tiempo para poder prestar atención a lo que ellos sienten sino que toda

su atención va a estar dirigida hacia el adicto, no hay tiempo para mirar nada más, ni a si mismos, ni sus relaciones de pareja o el cuidado de otros hijos, y poco a poco esta familia va enfermando.

Se convierten en Cuidadores, asumen todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles (se hacen cargo de todo), están convencidos de que al menos "las cosas están andando"; se cargan con tareas y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud.

# *PROYECTO DE VIDA*

Para hablar de proyecto de vida, es necesario empezar diciendo que un proyecto se constituye en una herramienta fundamental para el logro y alcance de objetivos y aspiraciones deseadas, interviniendo en ellas de manera planificada y sistemática, logrando así la satisfacción de determinadas necesidades.

Para efectuar correctamente una perspectiva social del proyecto, es conveniente comenzar generalizando el concepto que este nos transmite a partir de una mirada holística, breve y sencilla.

*PROYECTO:*

Un Proyecto es una planificación que surge frente a un problema que se pretende resolver mediante una serie de actividades que mantienen una estrecha relación entre sí, definidas en objetivos y metas dentro del marco presupuestario y un tiempo definido.

Un proyecto es un emprendimiento que tiene lugar durante un tiempo limitado, y que apunta a lograr un resultado único. Surge como respuesta a una necesidad en función del interés. El proyecto finaliza cuando se obtiene el resultado deseado, desaparece la necesidad inicial, o se agotan los recursos disponibles.

*PROYECTO DE VIDA:*

Un Proyecto de Vida es un esquema que facilita el logro de metas y objetivos, ya que en él se describe lo que se quiere llegar a ser, a hacer y los resultados que se desea obtener.

Este otorga una coherencia a la vida de una persona en sus diversas facetas y marca un determinado estilo en el obrar, en las relaciones y en el modo de ver la vida.

Un Proyecto de Vida es el conjunto de valores, actitudes, y comportamientos que debe tener cada individuo para dar a su vida una orientación y un sentido autentico mediante procesos y actividades que pretendan transformar una parcela de su realidad, disminuyendo o eliminando un déficit, o solucionando un problema.

La elaboración de un proyecto de vida, debe considerar aspectos tales como el entorno y conocimiento de la persona; la búsqueda de información para satisfacer sus inquietudes y posibilidades para alcanzar sus metas propuestas; y la flexibilidad, pues los seres humanos poseen múltiples intereses, habilidades y la capacidad de rectificar su vida.

Se debe tener en cuenta que un proyecto de vida es la forma más eficaz de lograr que los sujetos participen en la transformación de su propia realidad como miembros activos del cambio social que se suscita.

Por ello, es pertinente capacitar e incentivar a la población con la que el Trabajador Social interviene para formular su propio Proyecto de Vida, logrando de esta manera una intervención social que posibilite dar oportunidad de vida futura. Con la finalidad de hacer un seguimiento y evaluación continua, que muestre resultados cualitativos y una acción transformadora, logrando bienestar social y calidad de vida.[16]

[16] http://www.redjoven.org

# ***CAPITULO III***

# *SISTEMATIZACION DE LA PRÁCTICA*

Sistematizar es recuperar la realidad desde el registro.

*Antonio Sandoval Ávila*[17], asegura que convertir la práctica profesional en texto de lectura ofrece la oportunidad, no sólo de generar conocimiento útil sobre ella, sino también de vislumbrar horizontes abiertos de realidad que no se circunscriben a los cuerpos teóricos formalizados, lo que nos puede ayudar a ser partícipes de nuestra propia historia, generando proyectos sociales populares, alternativos y viables, que le den una direccionalidad a la realidad para hacerla mas equitativa, justa y humana.

La sistematización incentiva el dialogo entre los saberes prácticos y teóricos, lo que induce a la reflexión constante de las realidades sociales, lo que desemboca en una generación de conocimiento social a través de la experiencia, que se transforma finalmente en un método practico para poder intervenir en la realidad social.

Para *Natalio Kisnerman*, la sistematización implica el procedimiento por el cual se describe, agrupa en categorías lógicas de análisis, reflexiona e interpreta, desde un esquema conceptual determinado, lo acontecido en una práctica social, con vistas a perfeccionar y poder transmitir a otras personas dicha práctica, así como contribuir a generar nuevos presupuestos teóricos desde los que intervenir. "La sistematización es el procedimiento y conjunto de operaciones que ordena, describe, articula y recupera el desarrollo de una experiencia práctica, conectando los datos empíricos que en ella se obtienen con una determinada teoría."[18] Este concepto alude a sistema, que es concebido como un conjunto interconectado de

---

[17] Antonio Sandoval Ávila (2001), en la introducción de su libro "Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social"

[18] Kisnerman, Natalio; Mustieles Muñoz, David. "Sistematización de la Práctica con Grupos". ¿Quién le teme a la sistematización? Ed. Lumen-Humanitas. Buenos Aires. Argentina. 1996. Pág. 39.

elementos tratados como una totalidad. Es a través de la sistematización que se logra la unidad teoría-práctica, es decir, la praxis.

Al sistematizar, se relacionan los procesos inmediatos con su contexto, se confronta el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Éste proceso se respalda en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórico - social. Crea nuevos conocimientos pero, en la medida que su objeto son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. No trata sólo de entender situaciones, procesos o estructuras sociales, sino que, en lo fundamental, trata de conocer cómo se producen nuevas situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras.

Sistematizar las prácticas de los trabajadores sociales permite recuperar de manera ordenada lo que ya se sabe sobre las mismas, descubrir lo que aún no se sabe de ellas y revelar lo que aún no se sabía que ya se sabía.

*Sandoval Ávila*, al momento de sistematizar pone énfasis principalmente en cuatro aspectos. "En la reconstrucción ordenada de la práctica, en la producción de conocimientos, en la conceptualización de la práctica, y en la participación."[19] En cuanto a la reconstrucción ordenada de la práctica, alude a un proceso que pretende ordenar u organizar los procesos y los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado. Se intenta también, dilucidar el sentido o significado que el proceso ha tenido para los diversos actores participantes.

"Con relación a la producción de conocimientos, la sistematización es un proceso permanente, acumulativo, de creación de conocimientos a partir de la

[19] Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica Profesional del Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. Cap. 6. Pág. 113.

práctica de intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización. Representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la práctica y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad."[20]

La conceptualización de la práctica es uno de los propósitos principales de la sistematización, para poner en orden todos los elementos que intervienen en ella, articulados en un todo en el que cada una de las partes ubique su razón de ser, sus potencialidades y sus limitaciones; en una búsqueda de coherencia entre lo que se pretende y lo que se hace.

Es la sistematización "...una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y porque lo han hecho de ese modo."[21]

La sistematización es un esfuerzo analítico. Éste esfuerzo implica mirar la práctica con cierta distancia, reflexionarla, hacerse preguntas en torno a ella, no haciendo obvias las actividades cotidianas. Se busca distinguir, a nivel teórico, lo que en la práctica se da sin distinciones dentro de un todo; busca las relaciones que hay en lo que se ha hecho; y es un desafío para construir nuevas propuestas.

El ordenamiento que implica una sistematización se lleva a cabo de acuerdo a determinadas categorías o criterios, dado que la práctica siempre es más amplia de lo que se sistematiza. El sistematizador, desde una actitud investigativa, debe focalizar su atención en lo que se desea realmente conocer. El objetivo puede ser

---

[20] Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica Profesional del Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. Cap. 6. Pág. 116.
[21] Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica Profesional del Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. Cap. 6. Pág. 116.

tanto un tema como el proceso cumplido en una práctica. En este caso, dado que se sistematizarán intervenciones, la mirada estará puesta en la intervención profesional.

# ***CAPITULO IV***

# PROCESO METODOLOGICO

No hay una sola manera de sistematizar, hay una gran variedad de modalidades posibles. La modalidad depende de las circunstancias, el tipo de institución, el objetivo específico que se quiere alcanzar, el tipo de experiencia a sistematizar. Se trata de tomar opciones y de impulsar un estilo propio de sistematizar adecuado a las condiciones reales. No se debe perder de vista la integralidad del proceso, cada herramienta utilizada debe servir para alcanzar la visión y el objetivo.

La *Propuesta Metodológica* que hace *Antonio Sandoval Ávila* [22] para sistematizar la práctica profesional del trabajo social incluye varios pasos, sin embargo, debe tenerse una actitud abierta, flexible y crítica que lleve a que cada uno formule una combinatoria de elementos conformando así su propio paquete técnico.

Esta propuesta de Ávila consiste en:

***Justificación***, donde es conveniente delimitar cuál es la unidad de análisis, el objeto central de la sistematización, concretizar el aspecto principal de la práctica que se quiere sistematizar, y expresar las razones para sistematizar tal práctica.

La etapa siguiente es la ***clarificación y explicación de los objetivos*** que se persiguen con la sistematización de la práctica seleccionada; sigue con la contextualización y reconstrucción de la práctica.

La práctica a sistematizar debe ser situada en el marco de su contexto histórico y geográfico social global que ejerce influencia determinante sobre la misma, dado que habitualmente, las prácticas que se realizan desde el trabajo social son muy complejas ya que en ellas confluyen múltiples determinaciones. Para esto

[22] Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica Profesional del Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. Cap. 7.

es necesario hacer una lectura articulada del contexto como una realidad total y considerar sus diferentes dimensiones (económica, política, social y cultural).

En una siguiente etapa, se tratará de hacer un ***diagnóstico ágil*** de la práctica, se privilegiará el análisis de una o algunas dimensiones, de acuerdo con el enfoque y los intereses de la sistematización que se pretende. Se debe aclarar que el hecho de que prime alguna dimensión no implica que se deba ignorar las demás. Es necesario contar con un diagnóstico situacional, un análisis crítico de la realidad social sobre la cual se quiere actuar. Esto permitirá descubrir las necesidades, los problemas y sus causas, y jerarquizarlas y priorizarlas. El impacto que se busca, de acuerdo con los resultados que se esperan, lleva a prefigurarse los productos a obtener para satisfacer la necesidad generadora del proyecto y la práctica. Esto ayudará a definir los objetivos y a fijar las metas a corto, mediano y largo plazo.

La fase subsiguiente es la descripción de la práctica y ***elaboración del discurso descriptivo*** de la práctica reconstruida. En este momento se elabora un discurso descriptivo que de cuenta del proceso de la práctica. Para ello se elabora un documento en el que se ordenan, de manera lógica y cronológica, los componentes del proceso de la práctica, que fueron apareciendo en el proceso de reconstrucción de la misma, para articular la información obtenida en torno a los aspectos básicos de ella. Esta tarea resulta de gran utilidad para volver a recurrir al eje de la sistematización, y así darle al documento una coherencia lógica.

La ***interpretación crítica*** de la práctica reconstruida es la fase consecuente, con base en la descripción que se hizo de la práctica.

Las ***conclusiones*** surgen como resultado de la anterior etapa reflexiva interpretativa y se consideran en dos niveles. Con relación a la satisfacción de las

necesidades a las que se pretendía dar respuesta, y con relación a los objetivos propuestos en el proyecto a partir de las primeras.

Las conclusiones pueden ser teóricas y prácticas. Las primeras se refieren a los fundamentos conceptuales derivados de la práctica que, relacionadas con formulaciones teóricas construidas, establecen con éstas un diálogo de mutuo enriquecimiento y aportan nuevos elementos que permitan una reconceptualización de la experiencia, y formular hipótesis que apunten a una posible generalización de mayores alcances teóricos. Las segundas son aquellas enseñanzas que se desprenden directamente de la práctica y que ayudarán a mejorarla.

La última fase es la ***socialización***, recomienda elaborar un documento que recoja, de manera clara y ordenada, la sistematización realizada, con la finalidad de comunicar las enseñanzas obtenidas y compartirlas con otras personas y grupos, para confrontar la experiencia ganada con otras experiencias similares y facilitar el diálogo para enriquecer aún más el proceso de pensar y transformar la práctica. Producir este material, permite realizar una nueva objetivación de lo vivido que enriquecerá el proceso de pensar y transformar la propia práctica.

# *CAMPO DE INTERVENCION*

Los escenarios sociales se encuentran enmarcados por contextos y situaciones donde convergen diversidad de conocimientos y formas de intervención que se asocian a la realidad social de los sujetos.

El contexto histórico de la profesión de Trabajo Social muestra como las disciplinas de las ciencias sociales retoman posturas epistemológicas en su forma de conocer la realidad, dichas posturas fundamentan la intervención del Trabajo Social; para esto retomamos como fundamento "que el componente esencial para comprender la intervención incluye los conocimientos que dan sustento ético, político, filosófico, teórico - conceptual, metodológico y técnico". En este sentido, la fundamentación como elemento esencial proporciona los componentes necesarios para conocer e intervenir los problemas sociales que están presentes en el ser y en el quehacer de la profesión.

La intervención desde la ética propone integrar los valores y principios de los/las Trabajadores Sociales en el campo de acción, toda practica social debe estar orientada a través de un ejercicio ético por el respeto a la palabra e información de las personas con quienes se realiza la intervención profesional.

El trabajador social se mueve en una realidad de carencias, injusticias y limitaciones; pero también de fuerzas y potencialidades; actúa en relación a las necesidades y demandas sociales y tiene una motivación para actuar, una intencionalidad que le da sentido a la acción.

El trabajo social es una interacción de actores con sus diferentes intereses, motivaciones, demandas y contribuciones que surgen de una situación. Los actores son: la persona o grupo sujetos del problema, el trabajador social, las instituciones,

el estado, otros profesionales y otros actores que con su presencia directa o indirecta intervienen limitando o potenciando la acción que se lleva a cabo.

El aspecto central sobre el que se construye el campo problemático de la intervención es el proceso particular de interacción e interrelación entre los actores y sus necesidades. El individuo es un sujeto entero con su problemática particular, demandas y carencias, que son la expresión de un conjunto de necesidades.[23]

Alicia Gonzalez Saibene, en un apunte sobre intervención menciona que definir el objeto de intervención significa delimitar qué aspectos de una necesidad social son susceptibles de ser modificados con la intervención profesional.

Para Alfredo Carballeda, la intervención del trabajo social se presenta inexorablemente como un espacio de permanente construcción, diálogo y reflexión, ya que, no se trata solo de gestionar recursos sino de acrecentar y mejorar las condiciones de una profesión que requiere conocer mas profundamente la realidad y desde allí intentar generar transformaciones.

"La intervención articula lo macro social con lo micro en la singularidad del padecimiento, así en la medida que tengamos en cuenta esa articulación, ella es posible como constructora de acontecimiento fundamentalmente haciendo ver aquello que permanece oculto, articulando lo que la crisis fragmentó, recreando nuevas formas de encuentro, de interpretación, donde la voz principal surge de la palabra del otro. De aquel sobre el que ejercemos y compartimos nuestra práctica en forma cotidiana."[24]

El método de intervención del trabajo social, se desarrolla por medio de herramientas y técnicas que operan como dispositivos metodológicos de la acción social.

---

[23] Rozas Pagaza, Margarita. "Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998. Pág. 77.
[24] Carballeda, Alfredo J. M. "La Intervención en Lo Social y las Nuevas Formas de Padecimiento Subjetivo". Revista Escenarios. ESTS. UNLP. La Plata. 2004.

Para trabajar con las personas que se encuentran en tratamiento por adicciones se adopta como una modalidad de intervención el *Trabajo Social de Grupos.*

Existen diversos conceptos sobre el trabajo con grupos, Ruth Teubal, lo define como "un proceso por el cual se busca la creación y el fomento del lazo social, incluyendo trabajar para contribuir a la generación de la integración social, la solidaridad, la reciprocidad, el desarrollo de potencialidades y el rescate de aspectos que hacen a la identidad cultural"[25].

La participación supone la actuación conjunta de un grupo que comparte objetivos. Es una acción concientizadora y socializante, produciendo una movilización de la conciencia respecto de las circunstancias de vida, de sus causas y efectos, a la vez que transmite patrones de comportamiento y nuevas formas de aprehender las circunstancias. Implica un trabajo compartido, aunque sea en diferentes grados de intensidad e implicación.

La intervención participativa implica la colaboración de la población en las diversas etapas que conlleva la intervención. El hecho de participar en algo, hace sentir "parte de". La participación de los sujetos implicados en la intervención, los hace sentirse parte de tal intervención. Se establece "una relación de mutua transformación: el participante construye y modifica al objeto o hecho en cual participa, y por el hecho de hacerlo, es también transformado, es un derecho a través del cual se puede lograr la autorrealización, es una condición para la libertad, permite decidir."[26]

---

[25] Teubal R, "*Complejizando la mirada sobre lo grupal, factores de cambio y aportes teórico- técnicos para la intervención*", en Resignificando lo grupal en el Trabajo Social, Dell'Anno y Teubal, Editorial Espacio, Buenos Aires.
[26] Montero, Maritza y Otros. "Participación. Ámbitos, Retos y Perspectivas." Ediciones CESAP. Caracas. Venezuela. Pág. 8.

Tamargo y Findling, se refieren a la participación considerándola como "la capacidad que tienen los individuos de intervenir hasta la toma de decisiones, en todos aquellos aspectos de su vida cotidiana que los afectan e involucran."[27]

Una intervención participativa, para ser eficiente, debe basarse en un tipo de comunicación horizontal, ya sea entre los diversos participantes y entre éstos y el trabajador social, estimulando de esta manera, el intercambio de conocimientos e información; la capacidad de establecer, ejecutar y evaluar conjuntamente la intervención.

[27] Findling, L y Tamargo, M. "Planificación, Descentralización y Participación. Revisión y Crítica." Centro Editor de América Latina. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. 1994. Pág. 27.

# *SEGUNDA PARTE:*

# *MARCO CONTEXTUAL*

# *ENCUADRE INSTITUCIONAL*

# *-DESCRIPCION DE LA INSTITUCION-*

## *UBICACIÓN ESPACIAL DE CEAR*

Para una mayor comprensión del ámbito en el cual se realiza el trabajo de campo, a continuación desarrollo las características generales de la institución.

CEAR (Centro de Asistencia de Adolescentes en Riesgo) es una Asociación Civil sin fines de lucro que se creó en el año 1991. La organización tiene su domicilio en la Av. Libertad Nº: 4531 entre las calles Misiones y Chaco del barrio Pompeya de la ciudad de Mar del Plata.

Es un espacio desde la esfera privada que tiene por base fundamental la prevención y el tratamiento de adicciones.

Funciona como un Centro de Día de lunes a viernes de 9 a 17 hs.
Asisten aproximadamente 14 personas de entre 16 y 50 años de ambos sexos.

El propósito del centro es "realizar acciones socio-terapéuticas tendientes a solucionar los problemas derivados del uso y abuso de estupefacientes y brindar un tratamiento adecuado para cada persona conforme la singularidad del mismo, potenciando su autoestima y orientándolo hacia un proyecto de vida saludable"[28].

Las personas que realizan el tratamiento pueden:

- Estar derivadas desde La Unidad Penal Nº 44 de Batán.

-Becadas desde la SEDRONAR[29].

-Demanda Espontánea; Iniciativa personal o acompañadas por familiares y/o amigos. CEAR trabaja con Obras Sociales.

---

[28] Cuaderno CEAR: Objetivos y modalidades de trabajo de la asociación civil. Mar del Plata.2004.
[29] Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las drogas y las adicciones. Apoya su gestión sobre dos conceptos claves: la reducción de la demanda de drogas y la reducción de la oferta de drogas.

## *INSTITUCION REFERENTE AL PROYECTO*

El tratamiento por adicciones de CEAR, se realiza con "el fin de ayudar a la persona a intentar revocar el consumo; así como promover y mantener la recuperación sostenida. Se trata de un proceso integral, sistémico y estratégico abordando la mayor cantidad de niveles posible: personal, familiar, laboral, social, etc".

"El objetivo del tratamiento es acompañar a la persona a lograr su *Recuperación*; proceso mediante el cual la persona interrumpe el deterioro progresivo, propio de este desorden y comienza un restablecimiento constante en las áreas de vida afectadas"[30].

La recuperación no es solo abstinencia, debe acompañarse de cambios que promuevan y sostengan un estilo de vida saludable y de mejor calidad. El objetivo es mejorar la calidad de vida de la persona en recuperación; lograr la *reinserción social* definida como "un conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social"[31].

La intervención en CEAR es una estrategia trazada en forma conjunta por todo el equipo que tenga contacto con la persona en cuestión. La estrategia es la retroalimentación constante de un método que debe efectuar cambios no solo temporales sino también durables a la homeostasis.

El equipo terapéutico-interdisciplinario esta integrado por:

- Dr. Rojas, Ricardo: Psiquiatra (Director de CEAR)
- Lic. Guido, Carolina: Psicóloga

[30] Cuaderno CEAR: Objetivos y modalidades de trabajo de la asociación civil. Mar del Plata.2004.
[31] www.infoadicciones.net

▪Lic. Cetrán, Silvina: Psicóloga

▪Lic. Ares, Victoria: Trabajadora Social

▪Camio, Carlos Ignacio: Operador terapéutico en psicodependencia

▪Gosela, Horacio: Profesor de Gimnasia

▪García, Betina: Profesor de Plástica

▪Díaz, Ricardo Juan: Coordinador General

En cuanto al objetivo del tratamiento, es fundamental reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este. Que la persona pueda asistir para lograr su recuperación. Es importante la intervención familiar para poder ayudarlo a tomar la decisión de entrar en el proceso de recuperación y mejorar su calidad de vida.

Respecto al objetivo de la rehabilitación consiste en fomentar que los concurrentes adquieran y utilicen aquellas habilidades y competencias necesarias para vivir, aprender, relacionarse y trabajar en su medio social particular, permitiendo así lograr el máximo nivel de autonomía, el crecimiento personal e integración social de cada caso concreto.

*Organigrama Institucional:*

El esquema de tratamiento en la organización se lleva a cabo a través de un dispositivo dinámico q comprende 4 fases:

1-Admisión

2-Fase A

3-Fase B

4-Fase C

Luego de la fase C se agrega Seguimiento y Graduación.

Cada una de las fases es de aproximadamente 6 meses y el tiempo estimado del tratamiento es de 1 ½ a 3 años. El pasaje a las siguientes fases se evalúa y autoevalúa con el equipo.

*INSTANCIAS DEL PROGRAMA AMBULATORIO:*[32]

A) Objetivos de las entrevistas:

Se tiene en cuenta: -Motivación y compromiso al cambio.

-Entrevista Psicológica, Social; psiquiátrica y médica.

B) Abordaje en Grupos:

▪Grupos de Admisión:

Objetivos: -Incorporación de normas y pautas del tratamiento

-Abandono del consumo.

-Conciencia de enfermedad.

-Trabajo con la familia.

▪Grupos Terapéuticos: Espacios de reflexión grupales.

▪Grupos de Fase A: -Sostén del no consumo.

-Problemáticas personales.

▪Grupos de Fase B: -Sostén del no consumo.

-Revalorizar vínculos.

-Sostén de un proyecto de vida.

▪Grupos de Fase C: - Sostén del no consumo.

-Autonomía del paciente.

-Etapa de evaluación del alta donde se trabaja en relación a la irrupción del tratamiento.

▪Grupo de Seguimiento:-Desprendimiento paciente-institución.

---

[32] Cuaderno CEAR: Objetivos y modalidades de trabajo de la asociación civil. Mar del Plata.2004.

-Encuentro mensual.

-Sostén terapéutico.

-Autoevaluación grupal e individual.

▪Terapias individuales.

▪Áreas de Familia: Acompañamiento familiar: -Contención.

-Acompañamiento.

CEAR resignifica la relación Operador Terapéutico-Paciente (vinculo empático). La identificación del paciente con otro que paso por la misma experiencia hace que el sujeto se sienta comprendido, confíe y exprese conflictos pasados. Dan significado al sufrimiento que produce el vacío de la droga resignificando cualquier otro vinculo que haya tenido la persona[33].

Los problemas de drogas nunca aparecen aislados, normalmente se correlacionan con otros conflictos. Más que un problema en sí mismo, se produce en un contexto de conflictos tanto individuales como sociales[34].

[33] Ídem.
[34] Ídem.

# *SERVICIO SOCIAL*

## SERVICIO SOCIAL DE CEAR

El Servicio Social es el encargado de realizar la primera entrevista con la familia de la persona para hacer su admisión. En ella se completa un protocolo donde quedan registrados los datos del paciente y su familia.

El Trabajador Social plantea una necesidad relacionada con el impacto de la perdida de espacios de socialización o de inserción social.

El rol del mismo es descubrir posibles vías de transformación de la realidad subjetiva en aquellos lazos sociales debilitados (productores del malestar).

La acción requiere de un diálogo con la ética, desde una perspectiva de deliberación, una reflexión que implique la revisión de los marcos conceptuales, los esquemas de justificación, la mirada a las influencias de las representaciones sociales, los mandatos, las creencias y las construcciones simbólicas de ésta.

Las tareas a realizar desde el Servicio Social, teniendo en cuenta el perfil de atención social que presenta CEAR, son:

-El trabajo individual, familiar y de grupo;

-Interactuar con la familia a través de entrevistas individuales y coordinación de grupos.

- Gestionar recursos;

- Brindar información y asesoramiento;

-Ayudar a identificar las necesidades y problemas y colaborar en la resolución de los mismos.

-Participar en el equipo profesional;

*OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL*

***Objetivos Generales del Servicio Social de CEAR son:***

-Generar un espacio de trabajo conjunto entre las personas que realizan el tratamiento por adicciones y el profesional.

-Realizar grupos de reflexión para facilitar el diálogo, la participación y la socialización.

-Brindar un espacio de proyección.

-Utilizar el espacio para trabajar en relación con la rehabilitación y la reinserción social de las personas que asisten al tratamiento.

***Objetivos específicos***:

-Favorecer el mejoramiento de la calidad de vida de la persona en tratamiento y su grupo familiar.

- Brindar apoyo ante situaciones problemáticas.

- Aportar información y asesoramiento.

Las técnicas que se utilizan para la obtención de los objetivos previstos se basan en: entrevistas familiares, consulta de historias clínicas y abordaje grupal.

## EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Hoy en día, en la sociedad, se muestra gran riesgo en la cuestión de las adicciones, esto se puede producir por diversas características y situaciones a veces emocionales, familiares o por la influencia negativa del entorno.

La labor profesional del trabajo Social en Adicciones es de suma importancia ya que desempeña su función de orientador con la persona y los familiares brindando apoyo, orientación, apuntalándolo en reconocer alternativas de solución sobre lo que están atravesando.

Cuando se presenta el consumo en un integrante de la familia, trae consigo diferentes situaciones y reacciones tanto en el ambiente familiar como personal. En dicho contexto el Trabajador Social es un intermediario entre la familia y la situación permitiendo que ellos mismos reconozcan la dimensión del problema y sus posibles soluciones, generando cambios y ayudando a asumir acciones constructivas.

Se presenta como una construcción de supuestos y teorías, desde la cual se comprende la problemática y se establecen los modos de materializar la misma; se construye una estrategia para abordar la adicción. De esta forma entiendo que en primera instancia de se debe entender de manera global la realidad y sus distintas problemáticas y como impactan en la persona; desempleo, violencia, marginalidad, exclusión, entre otras y el marco legal vigente. Conocer el contexto familiar y socio-cultural donde está inserto; teniendo en cuenta la trama vincular, la tipología de familia, límites, roles y funciones.

Se realiza un análisis global de la situación problema, teniendo en cuenta lo enunciado previamente y las situaciones de riesgo que el medio social plantea. De esta manera se establecen estrategias plasmado la intencionalidad de las intervenciones del Trabajo Social.

# *TERCERA PARTE:*

# ***SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA DE TRABAJO DE CAMPO***

## *METODOLOGÍA DE SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN*

La sistematización es una interpretación. Para la Interpretación de la intervención se siguen los lineamientos propuestos por Sandoval Avila, descripto en página 39.

La fundamentación del proyecto se plantea en términos de iniciar un grupo basado en la importancia de la información y la educación como herramienta esencial para trabajar en talleres sobre un "Proyecto de Vida Saludable".

Se desea generar un espacio para elaborar propuestas, visualizar dificultades y alentar actividades participativas y creativas para que cada uno comience a pensarse en relación a su proyecto de vida.

El taller es una propuesta de actividades diversas y organizador frente a lo que ocurre, a través del interjuego de los participantes con la actividad confluyen pensamientos, sentimientos y acción constituyéndose este en una técnica de interacción, donde la actividad grupal facilita el proceso de integración de los miembros del grupo.

Durante el taller es necesario generar acciones de cambio destinados a lograr los objetivos que se plantean en la planificación.

Los ***Objetivos*** que persigue la intervención del trabajo social con personas en tratamiento por adicciones son los siguientes:

- Detectar los nudos problemáticos que emergen en cada una de las situaciones planteadas.
- Informar y educar sobre un "Proyecto de Vida Saludable".

-Promover un cambio en el estilo de vida de la persona en tratamiento.

-Desarrollar sus capacidades, actitudes y valores personales para disponerlo a una mejor reinserción social.

***Desarrollo:***

El proyecto surge como iniciativa de la alumna supervisada, desde la observación de los grupos de apertura coordinados por el operador socio-terapéutico. Estos grupos se realizan de lunes a viernes a las 9 horas con un tiempo estimado de 30 minutos y de los mismos la alumna es observadora participante.

El proyecto se elabora pensando en utilizar el espacio, en el cual ya se encontraban reunidos los concurrentes al grupo de apertura para continuar reunidos y coordinar un grupo donde el área temática incluya acciones preventivas, de información y educativas.

Se desea generar un espacio para elaborar propuestas, visualizar dificultades y alentar actividades participativas y creativas para que cada uno comience a pensarse en relación a su proyecto de vida.

De los encuentros participan las personas que asisten al grupo de apertura (de 4 a 6 concurrentes) y se mantienen reunidos para realizar el taller.

* El taller esta constituido de 3 encuentros, de frecuencia semanal, con una duración aproximada de 30 min. cada uno.

* La modalidad utilizada es mediante la coordinación de la pre-profesional.

* El lugar en que se llevan a cabo cada uno de los encuentros es CEAR de la ciudad de Mar del Plata.

En un primer momento cada una de las personas en tratamiento por adicciones expone su realidad subjetiva intentando imaginarse luego de finalizar del tratamiento en CEAR.

A partir de lo que cada uno expone se interviene en cada caso particular para intentar fortalecer ese deseo de vida y buscar información para cada caso.

Las ***dimensiones*** que se analizan en cada caso son:

-Cuidador principal[35]

-Familia

- Situación económica y habitacional

- Nivel de escolaridad

- Inicio del consumo

-Áreas perjudicadas por el consumo

-Proyecto de vida

[35] El cuidador es la persona que se dedica en mayor medida a la persona en tratamiento; éste es un rol que muchas veces no se elige, sino, que generalmente lo asume un familiar muy directo, el esposo o esposa, algún hijo o familiar cercano. Si bien muchas veces todos intentan ayudar, siempre hay una persona encargada sobre la que recae la mayor responsabilidad, es el cuidador principal.

# *PRESENTACIÓN DE LOS CASOS Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN*

# *PRESENTACIÓN DE LOS CASOS*

Los casos que se presentan son 2 (dos) personas que asisten al tratamiento por adicción en CEAR y que en el período junio /diciembre 2009 concurren de manera regular a la organización (Centro de Día).[36]

ML de 47 años de edad y JF de 16 años de edad. Ambos con adicción a sustancias psicoactivas: Estimulantes, Depresores y Alucinógenas.

El primer caso, una mujer (ML) de 47 años de edad que se encuentra cumpliendo un tratamiento de 5 meses por su adicción a la cocaína en la Organización No Gubernamental CEAR, que funciona como Hospital de Día.

ML, convive con su madre, cumpliendo esta última, el rol de curadora principal por indicación judicial luego de su externación de la Clínica Grupo Suizo.

Su grupo familiar no conviviente esta constituido por una hermana y 4 hijos.

Estuvo casada 15 años con Juan de 47 años de edad, ex combatiente y empleado bancario con quien tiene 3 hijos de 11, 16 y 17 años.

En el 2001 hasta el año 2007 formo pareja con Mario de 52 años de edad, trabajador independiente, con quien tiene un hijo de 6 años con discapacidad motriz.

Sus hijos conviven con sus respectivos padres desde el año 2008; a partir del descubrimiento por parte de la familia de su adicción y de un intento de suicidio; por estos motivos fue internada en la Clínica Grupo Suizo por un lapso de 10 meses con el siguiente Diagnostico:

-Trastorno Bipolar I.

-Intentos de Suicidios.

[36] Con tratamiento individual y grupal, con permanencia de 8 horas. Se llevan a cabo actividades terapéuticas con modalidad de talleres. Están organizados con el fin de prestar la atención más adecuada a las características personales de cada persona.

-Cefaleas de tipo migrañosas.

-Personalidad impulsiva con características de tipo antisocial.

-Discapacidad mental Parcial Transitoria

-ACV

En cuanto al Aspecto habitacional la vivienda que ML comparte con su madre es un departamento de tres ambientes ubicado en el micro centro de la ciudad de Mar del Plata. El mismo es propiedad de María (madre de ML), y se presenta como un inmueble modesto, con espacio suficiente para ambas personas, consta de cocina, comedor, dos cuartos con camas de 1 plaza y 1 baño. El aspecto general es de confort, con mobiliario correcto.

Cuentan con todos los servicios sanitarios.

Los ingresos provienen de las jubilaciones de ML y María, y la pensión de esta ultima.

Con respecto a las dimensiones 4 y 5 (Nivel de escolaridad e Inicio del consumo) ML refiere haber tenido una "infancia feliz", con padres convivientes.

Finalizó sus estudios secundarios y a los 21 años comenzó a trabajar como empleada bancaria inducida por su padre por no saber que estudiar. Allí conoció a sus parejas y padres de sus hijos.

Estuvo casada 15 años con Juan de 47 años de edad con quien tiene 3 hijos.

Durante 6 años formó pareja con Mario, con quien tiene un hijo de 6 años.

Ambas parejas drogadependientes.

Menciona problemas en sus embarazos y haber iniciado el consumo de cocaína a los 26 años a causa del fallecimiento de un hijo prematuro. Describe el consumo como "esporádico" en ese momento. "...El año 99 fue definitivo en cuanto al consumo...por el fallecimiento de mi padre seguido de la muerte de otro hijo...";

derivando el primer intento de suicidio y haciéndose estable su consumo de drogas durante 10 años.

Luego de 10 meses de internación en la Clínica Grupo Suizo fue dada de alta y comenzó su tratamiento en CEAR.

Con respecto a su Proyecto de Vida planea alquilar una vivienda y capacitarse como Operadora Socio Terapéutica.

El segundo caso, un adolescente (JF) de 16 años de edad. Asiste al tratamiento en CEAR por su adicción a sustancias (cocaína, cannabis, psicofármacos) desde el día 19 de noviembre del año 2008.

Luego de la separación de sus padres en el año 2008 convive con su madre y 2 hermanos.

Su grupo familiar no conviviente esta conformado por su padre, quien reside en Chapadmalal; y los abuelos paternos que viven en la provincia de Santa Fe.

Ambos progenitores comparten el rol de cuidadores.

JF junto a su madre y hermanos residen en una vivienda propia ubicada en el barrio Las Avenidas de la ciudad de Mar del Plata. Consta de cocina comedor, 2 habitaciones, una de las cuales JF comparte con sus hermanos, un baño y patio con jardín en la entrada. Cuenta con los servicios sanitarios básicos.

Los ingresos provienen del trabajo de los padres de JF cubriendo las necesidades básicas. Ambos progenitores se desempeñan como empleados.

Pedro, el padre de JF, manifiesta que su hijo "...tuvo una infancia con problemas de conducta, agresividad, no obedecía y tenia malos tratos con la

gente...lo llevamos a diferentes especialistas y le diagnosticaron un Síndrome que altera los neurotransmisores...".

Terminó sus estudios primarios y a los 12 años comenzó a hacer "Changas". A raíz de esto, manifiesta la madre, "...pasaba mucho tiempo en la calle...".

A los 13 años de edad comienza a consumir marihuana y psicofármacos acentuándose aun más su agresividad.

Cuando tenía 14 años los padres de JF se separan. En entrevista Pedro reconoce una situación parental complicada y sin comunicación.

Ante la separación JF se muda con el padre a Chapadmalal. En este periodo confiesa que se acentúo su consumo comenzando a delinquir para satisfacer su adicción. Consecuentemente es detenido por tenencia de armas y lo derivan a un médico psiquiatra quien lo interna en la Clínica Grupo Suizo para su desintoxicación.

Luego de una semana de internación es dado de alta e ingresa a CEAR "Proyecto de Vida". Desde ese día volvió a convivir con su madre y hermanos en la ciudad de Mar del Plata.

Con respecto a su Proyecto de Vida planea finalizar sus estudios secundarios.

# *ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN*

En los casos analizados las técnicas utilizadas para la recolección de datos son:

-Entrevista individual o familiar en diferentes ámbitos como en domicilio y/o en sede,

-Observación y participación de los encuentros terapéuticos,

-Observación y participación en los talleres del Proyecto,

-Observación participante en Reuniones de padres.

En cuanto al proceso de intervención, se realiza una investigación de la realidad por medio de entrevistas (individuales y familiares). A partir de esto, se realiza el diagnóstico y se plantean los objetivos de la intervención. En estos casos analizados se realiza junto con la familia y las personas en tratamiento un análisis de las alternativas posibles, teniendo en cuenta en cada caso las ventajas y desventajas de cada alternativa de cambio.

El objetivo general de las dos intervenciones es promover un cambio en el estilo de vida a través del desarrollo de las capacidades, actitudes y valores de la persona en tratamiento para orientarlo a una mejor reinserción social.

En los dos casos se cumplen los objetivos propuestos pero se los alcanza de diferentes maneras y con distintos tiempos ya que la intervención conlleva un proceso.

En el caso de ML se implementan diversas estrategias para cada momento.

ML logra mantener la abstinencia en el uso de drogas, asistiendo diariamente a CEAR.

En el taller expresa "... estoy jubilada y no voy a trabajar mas... mi proyecto es buscar un departamento para vivir sola...".

Debido al estado avanzado en su recuperación se trabaja en el taller sobre su independencia.

Con respecto al deseo de ML de capacitarse como operadora socio terapéutica, se concreta a través de la información sobre diferentes instituciones de la ciudad que ofrecen cursos y capacitaciones en el tema. Su anhelo es brindar apoyo a los individuos y a las familias afectadas por adicciones, ayudándolos a que encuentren sentido por vivir.

Se observa dispuesta al dialogo, decidida en las determinaciones a tomar y entusiasta respecto a sus proyectos.

Promueve un cambio en su calidad de vida, se interviene para disponerla a una mejor reinserción social a través de la eliminación de conductas perjudiciales para si misma, para su familia y sociedad, teniendo como fin el objetivo de alquilar una vivienda para compartir mayor tiempo e intimidad con sus hijos, capacitarse como operadora y obtener el alta del tratamiento en CEAR.

En relación a la intervención del Trabajador Social y al objetivo planteado referente al proyecto de vida, **JF** manifiesta interés de finalizar la secundaria (1°, 2° y 3° año).

En los talleres se trabaja con sus intereses brindando información de las diferentes instituciones educativas donde poder finalizar sus estudios.

En las entrevistas y encuentros que se realizan con JF en CEAR, se presenta dispuesto a la conversación y al diálogo con un discurso coherente.

La separación de sus padres aparece recurrentemente asociada a las causas de su consumo. Se dialoga respecto a la relación parental y asume sentirse "tironeado" por sus padres. Manifiesta "...utilizan a los hijos como objeto de discordia..." destacando una disfuncionalidad familiar basada en culpabilidad y relaciones agresivas.

Durante el tratamiento reconoce sus debilidades y presenta proyectos a futuro y una positiva actitud para terminar la secundaria.

Manifiesta una clara intención de sostener una presencia activa en la recuperación y en su proyecto de vida.

Se detecta una buena integración al grupo, continuando con el seguimiento del caso tanto de la interacción grupal como con su red familiar.

JF continúa asistiendo diariamente a CEAR y se asesora sobre la inscripción en la Escuela Técnica Nº 5, ubicada en Juan B. Justo y La Pampa para que el siguiente año lectivo comience sus estudios secundarios con clases semi presenciales.

# *CONSIDERACIONES FINALES*

En los dos casos expuestos se interviene desde el trabajo social con personas que asisten a un tratamiento de adicciones, en el Centro de Asistencia Adolescentes en Riesgo (CEAR).

En una primera instancia, en ambos casos, se realiza una inserción, cuando la persona ingresa a la organización, desde ese momento se inicia el acercamiento a su vida cotidiana y comienza la interrelación e interacción continua tanto con la persona que inicia el tratamiento por su adicción como con su familia.

El significado metodológico de este momento de inserción consiste en iniciar el conocimiento a partir del acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de sus necesidades, a fin de poder establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha ubicación, lo que implica situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional[37].

El proceso y los tiempos de dicha inserción varían según la complejidad de la realidad particular en la que se genera la intervención. Este proceso se va profundizando a medida que avanza o transcurre la intervención posibilitando el manejo de mayor cantidad de información sobre el contexto, de la vida de los sujetos y sus necesidades.

Es el momento de los interrogantes e indecisiones, como también el de la reflexión para poder establecer una estrategia de intervención. Implica preguntarse por las necesidades de los sujetos. El seguimiento de estas necesidades es el hilo conductor de la intervención metodológica del trabajo social, que se articula de manera específica a la singularidad de cada situación particular.

---

[37] Rozas Pagaza, Margarita. "Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998.

El diagnóstico representa la síntesis del proceso de conocimiento que se genera desde la inserción del profesional en el contexto de la intervención, y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención. Es una instancia en la que se pueden obtener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

En los dos casos que se presentan instan situaciones similares, producidas por el impacto de la realidad en la dinámica familiar. En ambos casos se presenta la misma situación (una persona con adicción).

El consumo de drogas es una problemática que afecta a gran cantidad de personas, trayendo consigo serias repercusiones no sólo para la persona que consume sino para quienes le rodean. Actualmente es considerado un problema de salud pública que le compete a muchos y no a unos pocos.

La adicción es un problema general y social que debemos integrar y articular. Tratar de generar un espacio para elaborar propuestas, visualizar dificultades y alentar actividades participativas y creativas que revaloricen el valor comunidad, para que la familia se instale en un lugar mejor sostenido.

Esa integración social, implica convivir y asumir la reeducación social, aprendizaje de normas, cambio de conducta de las personas en cuestión y de la sociedad que lo recibe.

Cabe destacar la importancia de la participación de la familia para lograr que el paciente cumpla el tratamiento. Ya vimos la influencia de la familia frente a las causas de la adicción, por lo que es fundamental capacitar y contener este aspecto para la recuperación total de la persona con adicción.

El objetivo institucional determinó el objetivo principal de las intervenciones, a saber: "realizar acciones tendientes a solucionar los problemas derivados del uso y abuso de estupefacientes y brindar un tratamiento adecuado para cada persona conforme la singularidad del mismo, potenciando su autoestima y orientándolo hacia un proyecto de vida saludable". Este objetivo coincide con el supuesto planteado de que la intervención intenta revertir una situación vivenciada como problema que obstaculiza el desarrollo individual y familiar del sujeto.

Al ir formulando un diagnóstico en el que se visualiza, entre otras cosas, la problemática objeto de intervención, va surgiendo la planificación que está orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad, considerada esta última como compleja. Permite ordenar las acciones de los distintos actores en función de objetivos específicos.

Tal planificación se va modificando permanentemente en la medida que es un proceso que sigue los condicionamientos de una realidad en la que los actores complejizan la operatividad técnica de un proyecto, por lo tanto, es necesario evaluar frecuentemente las condiciones de esa operatividad.

Al realizar el análisis de las intervenciones realizadas se visualiza a la intervención como un proceso dinámico, que se construye en el devenir, en el encuentro con el otro. La intervención requiere construir una caja de herramientas que permita implementaciones estratégicas según cada situación. El método de intervención del trabajo social, se desarrolla por medio de herramientas y técnicas que operan como dispositivos metodológicos de la acción social.

La técnica recurrente fue la entrevista. Estas no tenían como único objetivo la recolección de información, sino que fueron utilizadas como herramientas

cualitativas, interactivas y proactivas colocando la centralidad de la acción social en la intersubjetividad. Asimismo, se las considera como generadoras de sentidos y estructuradoras de procesos interactivos que retroalimenten el ejercicio profesional.

La evaluación como proceso permanente genera ajustes en la intervención. El propósito de la evaluación es medir los resultados obtenidos por las prácticas, confrontándolas con el diagnóstico inicial y los objetivos y metas que se habían propuesto.

En los dos casos la metodología de intervención es similar, consta de una inserción, un diagnóstico, una planificación y ejecución, además de una evaluación constante. En ambos casos esta sucesión de momentos no fue igual, dado que cada caso es singular a pesar de que la problemática principal es la misma. Cada intervención pretende visibilizar la singularidad de cada situación.

Se intervino teniendo en cuenta el marco institucional que es el que orienta y delimita el alcance de la intervención.

Toda familia en la que haya un integrante con una enfermedad como es la adicción, tendrá que recorrer un largo y lento proceso. Por tal motivo se sugiere contar con la permanente atención y oportuna intervención del servicio social.

El trabajador social debe acompañar este proceso interviniendo principalmente en la organización familiar y en el fortalecimiento de los vínculos que suelen volverse indeterminados y vulnerables.

La salud nos involucra a todos. Es un proceso de intercambio colectivo. Es el resultado de una forma de existir dentro de un proceso histórico y social donde las condiciones económicas, culturales y sociales intervienen en su construcción. En la medida que la comunidad se involucra en acciones y proyectos, adquiere mayor protagonismo, autonomía y responsabilidad. Esto conduce a una mayor movilización

de las capacidades –individuales y colectivas- para afianzar la inclusión, tomar decisiones y ejercer sus derechos.

Sistematizar la intervención me permite reflexionar sobre cómo el sujeto construye al objeto en su interacción con él. Asimismo, el propio sujeto es construido en la interacción con el medio ambiente natural y social. No nacemos sujetos sino que devenimos a través del juego social. Las concepciones interactivas se caracterizan por ser dinámicas, multidimensionales y complejas.

Para los Trabajadores Sociales la sistematización, es un esquema-modelo-fórmula, para el desarrollo del hacer profesional con una postura de respeto, construcción y vinculación de la experiencia y la teoría.

# *BIBLIOGRAFÍA*


- Apuntes de la cátedra Metodología del Servicio Social Introducción. "Aproximación al marco axiológico y normativo de la profesión". Lic. En Servicio Social Universidad Nacional de Mar del Plata. 2005

- Antonio Sandoval Ávila. "Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social". 2001

- Carballeda, Alfredo J. M. "La Intervención en Lo Social y las Nuevas Formas de Padecimiento Subjetivo". Revista Escenarios. ESTS. UNLP. La Plata. 2004.

- Cuaderno CEAR: Objetivos y modalidades de trabajo de la asociación civil. Mar del Plata. 2004.

- Di Carlo Enrique. El humanismo dialéctico. Apunte de cátedra. 1997

- Findling, L. y Tamargo, M. "Planificación, Descentralización y Participación. Revisión y Crítica." Centro Editor de América Latina. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. 1994. Pág. 27.

- http://www.redjoven.org

- Insuani Ernesto, Lo Vuolo, Rubén, Tenti Fanfani Emilio; "El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis".Ed. Miño Dávila.

- Kisnerman, Natalio y colaboradores. "Colección Teoría y Práctica del Trabajo Social". Tomo 4. Tercera Parte. Editorial Humanitas. 1989.

- Kisnerman, Natalio; Mustieles Muñoz, David. "Sistematización de la Práctica con Grupos". ¿Quién le teme a la sistematización? Ed. Lumen-Humanitas. Buenos Aires. Argentina. 1996.

- Ley 26.657 Ley Nacional De Salud Mental. Capítulo II Definición. Artículo 3°. Diciembre 2010.

- Montero, Maritza y Otros. "Participación. Ámbitos, Retos y Perspectivas." Ediciones CESAP. Caracas. Venezuela.

- Organización Mundial de la Salud, 1948. Citado en Ferrara.1976.

- Richmond, M. E. "Qué es el Trabajo Social con casos individuales". Buenos Aires. Ed. Lumen Humanitas. 2001.

- Rozas Pagaza, Margarita. "Una Perspectiva Teórica Metodológica de la Intervención en Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998.

- Sandoval Ávila, Antonio. "Propuesta Metodológica para Sistematizar la práctica Profesional del Trabajo Social." Editorial Espacio. Buenos Aires. Cap. 6.

- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las drogas y las adicciones. Apoya su gestión sobre dos conceptos claves: la reducción de la demanda de drogas y la reducción de la oferta de drogas.

- *Sistematización adquirida desde el Centro Medico de la ciudad de Mar del Plata. ONG Vínculos. Año 2009.*

- Teubal R, "*Complejizando la mirada sobre lo grupal, factores de cambio y aportes teórico- técnicos para la intervención*". Editorial Espacio, Buenos Aires.

- Dell'Anno y Teubal, Resignificando lo grupal en el Trabajo Social, Editorial Espacio, Buenos Aires.

- Thompson, Andrés. "El Tercer Sector y el Desarrollo Social". Apunte de Cátedra Metodología Comunitaria de Trabajo Social. 2005.

- Universidad de Lanús. "Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el ámbito comunitario" en Políticas Sociales. Ministerio de Desarrollo Social. 2006

- www.infoadicciones.net

# *ANEXOS*

# *ANEXOS*

- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

SALUD PÚBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental.

Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010 / Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTÍCULO 1° — 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 2° — 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 3° — 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 4° — 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 5° — 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 6° — 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 7° — 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 8° — 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 9° — 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 derechos 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.

Dada En La Sala De Sesiones Del Congreso Argentino, En Buenos Aires, A Los Veinticinco Dias Del Mes De Noviembre Del Año Dos Mil Diez. — Registrada Bajo El Nº 26.657 — Julio C. C. Cobos. — Eduardo A. Fellner. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

SALUD PÚBLICA

Decreto 1855/2010

Promúlgase la Ley Nº 26.657.

Bs. As., 2/12/2010

Por Tanto:

Téngase por Ley de la Nación Nº 26.657 cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

— FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Juan L. Manzur.

## *LA SEDRONAR*

La SEDRONAR otorga subsidios para tratamientos, tanto sea en comunidades terapéuticas como para tratamientos ambulatorios – centros de día de jornada completa o de media jornada -, a aquellas personas que necesitando una intervención terapéutica específica no tienen recursos para llevarla a cabo.

Objetivos SEDRONAR

La Subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia tiene por objetivos:

- Coordinar, orientar, supervisar e implementar planes y programas de carácter nacional, determinando prioridades y lineamientos de trabajo, previstos en el "Plan Federal de Prevención de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas" referentes a la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas, alcohol y psicofármacos en todo el ámbito del país, con la cooperación y la búsqueda del consenso con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Coordinar y compatibilizar con las Direcciones Nacionales de Prevención y Capacitación y de Asistencia, los programas de prevención, capacitación, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, públicos y privados, para la recuperación de las personas afectadas por el uso indebido de drogas y alcohol.
- Asistir al Secretario del Area y a las autoridades nacionales, provinciales y municipales, respecto de las acciones que corresponde emprender en materia de implementación de medidas preventivas y curativas del uso indebido de drogas.
- Entender en las estadísticas epidemiológicas relacionadas con la prevalencia, incidencia y consumo de sustancias psicoactivas.
- Promover la creación de una Red Nacional con clara y fuerte presencia de las Organizaciones No Gubernamentales, con el fin de expandir y potenciar las políticas de prevención y asistencia de la Secretaría.
- Participar, en las áreas de su competencia, en los organismos internacionales y regionales y en las comisiones mixtas binacionales.

La Dirección Nacional de Asistencia es un área que depende de la Subsecretaría de Planificación, Prevención y Asistencia. Sus objetivos son:

- Diseñar y ejecutar planes y programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas y alcohol.

- Coordinar con las otras áreas de la Secretaría en la administración y ejecución de los planes de asistencia individual e institucionales.
- Desarrollar información estadística y mantenerla actualizada sobre resultados de la ejecución de los programas y planes federales asistenciales.
- Brindar información al ciudadano en forma eficaz sobre los problemas derivados del uso indebido de drogas, mediante de los sistemas que determine más competentes.
- Asesorar a las autoridades competentes del ámbito nacional, provincial y municipal respecto de las acciones que corresponde emprender para efectuar un adecuado cumplimiento de la normativa vigente en lo referente a medidas asistenciales y curativas del uso indebido de drogas.
- Ampliar y mantener actualizado el Registro Nacional de Instituciones ligadas a la problemática del uso indebido de drogas y alcohol.
- Establecer vínculos institucionales con el sector público de la Seguridad Social, Organizaciones No Gubernamentales y Sector Privado.
- Asesorar en el análisis de las solicitudes de ayuda o subsidios recíprocos que se formulen y colaborar en las evaluaciones y recomendaciones correspondientes.
- Mantener una fluida relación, dentro del Plan Federal, con los estados provinciales brindando información para la toma de decisiones.
- Auditar y monitorear los planes de prevención, capacitación y asistencia para el fortalecimiento de las políticas de la Secretaría.
- Asesorar técnicamente en la implementación de medidas preventivas a las autoridades competentes del ámbito nacional, provincial y municipal.
- Coordinar la difusión de la normativa legal vigente, referida a medidas asistenciales y curativas del uso indebido de drogas para lograr su efectivo cumplimiento