

ADICCIONES AL JUEGO DESDE LA MIRADA DEL TRABAJO SOCIAL



La intervención del trabajador social en las
adicciones dentro del Programa Juego Responsa



Facultad de Ciencias Políticas y Sociales



Universidad Nacional de Cuyo

TESINA DE GRADO

LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

Tema

Adicciones al juego desde la mirada del trabajo
social

Título

La intervención del trabajo social en las adicciones
dentro del programa juego responsable

Tesistas:

-Daniela Bravo N° de Registro 15.670
-Yesica Diaz - N° de Registro 15.695

Directora:

-Licenciada Claudia García.

Co- Directora:

-Licenciada Virginia Roggerone

-Mendoza, Año 2013-

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a toda mi familia que me apoyo durante este proceso, no solo económicamente sino emocionalmente, incitándome a no bajar los brazos nunca y convenciéndome de que a través de la educación siempre se puede forjar un futuro mejor.

Gracias por cada palabra de aliento y por cada abrazo.

Al amor de mi vida, mi marido, que me bancó en cada una de mis crisis y cada vez que quise abandonar todo me convenció y me dio fuerzas para seguir. Gracias por todo el amor que me das día a día y por complementarme en cada uno de los aspectos que me faltan.

También quiero agradecer a mis amigos que estuvieron siempre presentes en cada momento que tuve que atravesar, en los buenos y en los malos. Gracias por todo el cariño y contención que recibí, por darme pilas para continuar.

Gracias a mi compañera de tesis por estar siempre, por estar presente en cada detalle y por todo el esfuerzo que puso en esto. Gracias por el apoyo incondicional, y sin ella nada de esto podría haber sido posible.

Finalmente gracias a nuestra directora de tesis, la Licenciada Claudia García por recibarnos y orientarnos durante todo el proceso; a la Licenciada Graciela Matricani que nos instruyó en los aspectos metodológicos y a nuestra co-directora la Licenciada Virginia Roggerone, que nos brindó no solo información sobre la temática, sino también apoyo y contención.

Daniela Bravo

AGRADECIMIENTOS

Al flaco que siempre estuvo guiándome y dándome fuerzas cada vez que la necesitaba, por darme el espíritu y el amor para estar fuerte y siempre seguir adelante.

A mi familia por apoyarme en todo el proceso de esta carrera bancándome en mis diferentes estados de ánimo, económicamente y darme siempre el espacio y el tiempo cuando estaba estudiando, por creer siempre en mí y poner todas sus expectativas de tener una profesional en la familia.

A mi gran amor por acompañarme siempre, darme fuerzas y tu amor que me hace tan feliz. Gracias por darme fuerzas en los momentos difíciles que dificultaron mi carrera y por compartir también las alegrías que me dieron empuje de seguir.

A mis amigos que me entendían y me decían que siguiera para adelante en cada etapa de mi carrera. Gracias por escucharme, abrazarme y decirme que tenga éxitos en cada momento.

A mi compañera de tesina por hacer esto juntas y sabiendo el esfuerzo que significo para las dos, estoy feliz de terminar esta etapa junto con vos porque sé que para las dos esto no fue fácil.

A Claudia García por querer dirigirnos y por guiarnos en todo el proceso, a Virginia Roggerone por su conocimiento, predisposición y abrirnos las puertas de la institución, a Graciela Matricani por guiarnos en los metodológico y por su tiempo.

Yesica Díaz

ÍNDICE ANALÍTICO



“Conocimiento es poder” (Francis Bacon)

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 3
--------------------------	---------------

CAPÍTULO I: ADICCIONES: UNA MIRADA HISTÓRICA

1.1 ADICCIONES: RECORRIDO HISTÓRICO.	Pág. 7
1.2 DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.....	Pág. 9
1.3 TIPOS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES.....	Pág. 13

CAPÍTULO II: ACERCÁNDONOS AL TEMA...

2.1 ADICCIONES: CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS.....	Pág. 19
2.2 LUDOPATÍA: UNA PROBLEMÁTICA ACTUAL.....	Pág. 20
2.3 PROGRAMA JUEGO RESPONSABLE.....	Pág. 25

CAPÍTULO III: TRABAJO SOCIAL

3.1 EL ROL Y LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL	Pág. 29
3.2 ABORDAJE FAMILIAR.....	Pág. 33
3.3 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.....	Pág. 34
3.4 DERECHOS HUMANOS Y LEY DE SALUD MENTAL.....	Pág. 36

CAPÍTULO IV: TRABAJO DE CAMPO: ANALISIS DE LA INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA JUEGO RESPONSABLE

4.1 PROPUESTA METODOLÓGICA.....	Pág. 41
4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	Pág. 45

4.2.1 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.....	Pág. 45
4.2.2 OBSERVACIONES PARTICIPANTES.....	Pág. 71
CONCLUSIONES Y APORTES.....	Pág. 76
BIBLIOGRAFÍA GENERAL Y TEMATICA.....	Pág. 86
ANEXOS.....	Pág. 90

INTRODUCCIÓN



“Cuando me amé de verdad, dejé de desear que mi vida fuera diferente, y comencé a ver que todo lo que acontece contribuye a mi crecimiento. Hoy sé que eso se llama...madurez.” (Charles Chaplin)

El presente trabajo tiene la finalidad de estudiar la intervención del trabajador social y nos lleva a reflexionar sobre cuál es la intervención del trabajador social en las adicciones en el Programa Juego Responsable.

Las razones que motivan nuestra investigación surgen de observar, a través de los medios de comunicación, el incremento del juego en los Casinos, la constante inauguración de los mismos y la presencia de personas de distintos sectores económicos y sociales en la provincia de Mendoza. Esto nos genera la inquietud acerca de las consecuencias que estos hechos provocan en la vida cotidiana de los sujetos, como por ejemplo, la problemática de las adicciones al juego.

A su vez, nos lleva a reflexionar acerca del rol del trabajo social frente a esta problemática, las diferentes modalidades de abordaje profesional y cómo este construye su espacio profesional en la salud mental. La búsqueda de respuestas a estas preguntas, a través de esta tesina, puede colaborar a establecer las distintas intervenciones que se realizan desde el trabajo social.

Consideramos que el tema seleccionado se presenta como una oportunidad para reflexionar acerca de cuál es la intervención del trabajo social en salud mental y su complejidad, teniendo como marco la nueva Ley de Salud Mental y el nuevo contexto internacional, enmarcado en el neoliberalismo del que surgen nuevas formas de padecimientos que se transforman en nuevas formas de demandas en la salud mental.

Al mismo tiempo la investigación de este fenómeno podría aportar conocimiento e información desde la mirada del trabajo social, contribuyendo a la formación de estudiantes y profesionales, quienes durante su desempeño académico y laboral disponen de escasa información sobre la temática de adicciones y específicamente acerca de las adicciones al juego.

Durante el desarrollo de dicho estudio buscamos conocer el comportamiento y la relación de los siguientes temas: situación actual de las adicciones, ludopatía, modalidades de abordajes y la construcción del espacio profesional del trabajador social

dentro del Programa Juego Responsable. Los resultados del mismo, aportaran al surgimiento de ideas, recomendaciones e hipótesis para futuros estudios sociales.

Adherimos al pensamiento crítico y reflexivo que orienta y da sentido a las prácticas profesionales superando el racionalismo instrumental que ha privilegiado más el hacer, y que ha relegado el lugar de los trabajadores sociales a una intervención meramente operativa. Esto ha sido un gran obstáculo al momento de articular teoría y práctica, que dio como resultado intervenciones vacías de contenido, es decir, sin una reflexión teórica que de sustento, resignifique y redefina la intervención.

A partir de lo expuesto, nos planteamos ¿cuál es la intervención del trabajador social en las adicciones dentro del Programa Juego Responsable, en la provincia de Mendoza, durante el año 2012? Y específicamente nos preguntamos: ¿cuál es la situación actual de las adicciones en función del contexto histórico?, ¿qué tipos de intervenciones existen con respecto a la problemática de las adicciones?, ¿el desempeño de los profesionales en el Programa Juego Responsable, se realiza desde la interdisciplinariedad?, ¿el trabajador social en su intervención profesional, desarrolla un abordaje familiar?.

Para responder a estas preguntas nos propusimos como objetivo general conocer la intervención del trabajador social en las adicciones dentro del Programa Juego Responsable, en la provincia de Mendoza, durante el año 2012. Y puntualmente:

- Comprender la situación actual de las adicciones en función del contexto histórico.
- Identificar los tipos de intervenciones que existen con respecto a la problemática de las adicciones.
- Establecer si el desempeño de los profesionales, en el Programa Juego Responsable, se realiza desde la interdisciplinariedad.
- Señalar si el trabajador social en su intervención profesional, desarrolla un abordaje familiar.

Frente a estos objetivos elaboramos los siguientes supuestos teóricos:

- La concepción de la problemática de las adicciones es social, compleja y cambiante, y se va construyendo a lo largo de la historia.
- En esta problemática no existe una única forma de intervención, sino que cada una de ellas se particulariza en cada abordaje según la perspectiva que se adopte.
- Las prácticas de los profesionales, que desempeñan su labor en el Programa Juego Responsable, se emprenden desde una mirada interdisciplinaria.
- La intervención profesional del trabajador social se realiza desde un abordaje familiar.

El trabajo es de campo con un alcance exploratorio-descriptivo, ya que nuestro problema de investigación ha sido poco estudiado, y pertenece a un conjunto de problemáticas actuales denominadas "invisibilizadas", además analizamos cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, mediante la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida y por medio de la participación en ellas.

Mientras que nuestra investigación toma como fenómeno a las adicciones y como unidad de análisis a la trabajadora social que desempeña su actividad profesional en el Programa Juego Responsable. Pero a los fines de alcanzar los objetivos planteados, tomamos también a los profesionales de psicología y psiquiatría como parte de esta unidad.

En lo que respecta a nuestra propuesta metodológica tenemos una mirada principalmente desde lo cualitativo, ya que se buscó la construcción del problema desde la perspectiva de los actores sociales y el significado social que le atribuyen a este fenómeno. Para la recolección de la información, utilizamos dos técnicas la observación participante y la entrevista en profundidad. Por lo que realizamos un análisis interpretacional.

Para cumplir con los objetivos, la tesina está diseñada en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se encuentra la temática de las adicciones desde una mirada histórica, en el cual mencionamos el recorrido histórico, los diferentes discursos, las prácticas de la intervención, el modelo abstencionista y el de reducción de daños en las adicciones.

En el segundo capítulo nos vamos acercando específicamente a la temática de las adicciones al juego y lo subdividimos en tres apartados: los conceptos y las características de las adicciones, la ludopatía como una problemática actual y la descripción del Programa Juego Responsable.

En el tercer capítulo comenzamos a hablar del trabajo social desarrollando los siguientes temas: el rol y la intervención profesional del trabajador social, el abordaje familiar, el trabajo interdisciplinario, los derechos humanos y la ley de salud mental.

En el cuarto capítulo observamos la problemática desarrollada conceptualmente a través del trabajo de campo desde una mirada reflexiva y crítica. Mencionamos nuestra propuesta metodológica y el análisis e interpretación de las categorías centrales de la investigación, teniendo en cuenta las entrevistas en profundidad y las observaciones participantes.

Por último, presentamos las conclusiones y aportes de todo lo anteriormente expuesto, con el objeto de transferir y compartir los resultados del proceso investigativo. También exponemos la bibliografía pertinente de la investigación que sirvió como motor para dar sentido a lo explicitado, así como los anexos que conllevan las guías de preguntas, las entrevistas realizadas a los profesionales de la institución, folletos, entrevistas de admisión, artículos periodísticos, etc.

CAPÍTULO I

ADICCIONES: UNA MIRADA HISTÓRICA



“Si no quieres repetir el pasado, estúdialo” (Baruch Espinoza)

En el primer capítulo hacemos referencia a un análisis histórico, los diferentes discursos y los tipos de intervención en las adicciones.

1.1 ADICCIONES: RECORRIDO HISTÓRICO

Para comprender la noción actual de las adicciones es necesario que realicemos un recorrido histórico sobre las diferentes perspectivas que han existido de las mismas. A su vez, cada una de estas perspectivas se construye en función de las representaciones sociales¹ y significaciones que los sujetos le asignan a la realidad social en cada época histórica.

Touzé (2011-2012) afirma que en la antigüedad se utilizaban plantas con fines rituales, mágicos, como remedios o estimulantes. Estos usos han ido sufriendo múltiples adaptaciones, según las épocas y los lugares, los contextos étnicos, religiosos o políticos.

Además, el uso de drogas como el opio y la cocaína se mencionan junto a ritos mágicos religiosos y en algunos casos ligados a la medicina primitiva como son el caso de los persas, griegos, romanos, chinos y árabes en los principios de sus tiempos históricos.

En el siglo XVII en Europa se asociaba a las drogas con el demonio. En cambio en América los Europeos aspiraban a dominar el demonio sin preocuparse por las drogas que utilizaban sus trabajadores indígenas. El cristianismo censuraba en Europa cualquier uso no medicinal de las drogas a excepción del consumo del alcohol y el rapé.

Durante el siglo XVIII tanto en Europa como en América el jugo de adormidera era una bendición por sus cualidades curativas. Este tenor de creencias se prolongo hasta gran parte del siglo XIX. Recién a fines del siglo XVII se conocieron suicidios o intoxicaciones por sobredosis.

¹ La representación social es definida como “Una forma de conocimiento, socialmente elaborado y

A comienzos del siglo XIX, con el advenimiento de los principios universales de libertad, desaparecen los delitos de lesa majestad, que incluía a la hechicería, la herejía y la magia. La sociedad se torna más compleja; con la revolución industrial formó una nueva sociedad que se tornó pujante pero con algunas debilidades funcionales. Este crecimiento de la sociedad industrial, también va acompañado de un crecimiento del consumo de drogas psicoactivas a la par de los padecimientos de las personas.

Touze menciona que “El uso de drogas se presenta como una trama compleja de representaciones y prácticas en donde se articulan procesos sociales, económicos, políticos, ideológicos y culturales. Se constituye en un problema cuyos efectos implican el refuerzo de procesos de normalización y disciplinamiento social, y consecuentemente, de estigmatización y discriminación de grupos sociales. Esto se expresa en una política con una dirección claramente criminalizadora que define la actitud social frente a los afectados y contribuye a construir el tipo de comportamiento adoptado por dicha población. A los usuarios de drogas se los inscribe socialmente en un proceso que entrecruza dos lógicas: la sanitaria, de cura y la punitiva, de control”.

Durante el siglo XX, un número cada vez mayor de situaciones que antes no eran definidas como problemas médicos, han ingresado en su jurisdicción. Si bien este es un amplio espectro, se centra en la medicalización de la anormalidad, como enfermedad, que obliga a la clase médica a aportar tratamiento.

Las prácticas sociales designadas como desviación en distintos momentos históricos fueron conceptualizadas y controladas, es así como se advierte un pasaje, de la definición de desviación como pecado, controlado por la Iglesia, luego recategorizado como delito, controlado por el derecho, y luego como patología, donde la autoridad prima de la medicina. Touze refiere que “este pasaje está influido por procesos ideológicos, de secularización y de humanitarismo, junto con procesos socioeconómicos, ligados al papel del Estado y a su función regulatoria. Estos cambios en la definición del comportamiento anormal, de sus sanciones y agentes de control son conflictivos y en cada momento histórico pueden coexistir distintas agencias encargadas del control de ciertas prácticas, como resulta evidente en el caso particular del uso de drogas ilícitas”.

Es importante que destaquemos lo que señala Touze: “Como resultado de la definición del problema como delito o como enfermedad, muchos usos de drogas constituyen estigmas. Las representaciones sociales predominantes señalan al usuario de drogas ilegales como potencialmente peligroso y violento, asociado con un patrón único de drogas y con escasos vínculos sociales e institucionales (...)”

1.2 DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

Por lo tanto, entendemos que la concepción sobre las drogas es una construcción que se ha desarrollado según el momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los diversos significados que le asignan los sujetos y las propias diferencias entre las sustancias. A partir de que exponemos surgen diferentes discursos, que pueden adoptar diversas versiones según quien hable y dan origen a diversos modelos de intervención.

A continuación presentamos los discursos que la autora Touzé (2006) ordena en su libro “Saberes y prácticas sobre drogas”:

El discurso moral-jurídico:

En este discurso la sustancia juega un rol protagónico, y es pensada como sujeto, como elemento activo: *“la droga te atrapa”*.

Este modelo reconoce dos grandes grupos de sustancias: lícitas e ilícitas, y designa a estas últimas como el agente causal del “problema droga”.

Este discurso presenta al consumidor como un “vicioso” y declara ilegal aquellas conductas que se asocian con los estupefacientes, por lo tanto el consumidor de drogas ilícitas viola la ley, y se lo caracteriza como transgresor (criminaliza el problema de las drogas).

Desde este modelo la persona es víctima de esa sustancia poderosa, dicho objeto tiene la capacidad de atraer y producir situaciones por sí misma, se considera al que consume drogas como delincuente y víctima, simultáneamente.

Las acciones se orientan a controlar el agente causal: la droga. La legislación penal se constituye en el principal instrumento tendiente a impedir la producción, distribución, comercialización, tenencia y consumo de sustancias ilícitas. Junto a ella, una política de aislamiento, rechazo y censura hacia los consumidores; lo cual estigmatiza al sujeto moral y éticamente.

La prevención entonces se orienta directamente a evitar el consumo de drogas prohibidas. Los mensajes se centran en la información acerca de las sanciones (jurídicas y morales). La prevención se asimila al control. El discurso preventivo pone énfasis en que el uso de drogas es ilegal y moralmente malo.

El discurso médico-sanitario:

Este modelo define a las sustancias como el agente causal de las adicciones, por lo tanto considera al consumidor como enfermo. Al señalar al usuario como “enfermo” y a la droga como “virus”, “epidemia” o “plaga”, se asimila el uso de drogas a una enfermedad infectocontagiosa: “¿se puede contagiar mi hijo si tiene un amigo drogadicto?”.

Este discurso pone énfasis en la toxicidad o potencial adictivo de las sustancias.

La prevención también se orienta hacia la abstención del uso de drogas pero no ya a través de la amenaza de sanción sino mediante la información de los daños producidos por las mismas. El temor es considerado un instrumento eficaz.

El mensaje preventivo desde este modelo privilegia una exhaustiva descripción de los efectos de cada sustancia en el organismo y recalca la

información acerca de las propias sustancias: color, olor, forma de presentación. Estos mensajes se asientan en el presupuesto de que las personas sólo se producen daño involuntariamente y de que nadie entraría en contacto con un agente infeccioso si pudiera identificarlo.

Este modelo incorpora la noción de tratamiento en tanto utiliza la categoría de enfermedad. Este se refiere a la eliminación de la droga mediante la desintoxicación o deshabituación. Además medicaliza el problema de las drogas.

El discurso psico-social:

Desde este modelo el eje de interpretación es desplazado de las drogas a la persona, el protagonista es el sujeto. El interés de este modelo reside en el tipo de vínculo que una persona establece con una sustancia, distinguiendo entre consumo ocasional, esporádico o reiterado y compulsivo.

En este enfoque el consumo va asociado a un problema de comportamiento humano en contextos sociales y culturales tan complejos como variables. El contexto es considerado en una dimensión microsocia, pone énfasis en la familia y el grupo de pares. Así este modelo introduce la categoría de síntoma, señala una patología de base en el sujeto (psicologiza el problema de las drogas) y su contexto inmediato que produce el consumo de sustancias.

Aparece aquí la noción de prevención inespecífica como aquellas acciones tendientes al desarrollo de actitudes de autocuidado y el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

El discurso socio-cultural:

El eje de análisis para este modelo se sitúa en el contexto.

Plantea que es en el medio social donde deben buscarse las causas de uso de drogas. Toma en cuenta las características de la estructura social y define como determinantes a los factores culturales y socio-económicos.

Las acciones preventivas apuntan a disminuir los efectos de estas condiciones socioeconómicas sobre los individuos. Es la presión de estos factores sobre los individuos lo que conduciría al consumo de sustancias: “la droga como evasión de la realidad”.

Se considera el uso de drogas como síntoma social que manifiesta las “disfunciones” del sistema. A partir de este enfoque se comienza a asociar el consumo de sustancias con poblaciones marginales.

Encara la prevención dando información respecto de algunas causas (pobreza, desempleo, industrialización, etc.) y mediante acciones de mejoramiento de las condiciones de vida. El supuesto preventivo es que si se disminuyen las situaciones de conflicto y desigualdad social, disminuirá la demanda de drogas. “La droga no se reprime con la policía, se previene con justicia social”.

El discurso geopolítico:

Este discurso ve a la droga como “enemigo”, y al traficante como objeto central de interés de este discurso, como “invasor”, “conquistador”, o más específicamente como “narcoterrorista”.

Esta perspectiva define al problema del tráfico y consumo de drogas como un hecho social, global, complejo y complicado. Como un resultante de diversos factores económicos, sociales, políticos, demográficos, etc. y los considera cuestión de Estado. Considera como actor principal: “el traficante”.

Este enfoque realza el papel del Estado en la prevención a través de la intervención coordinada de los distintos organismos relacionados con la materia a fin de establecer procedimientos multisectoriales.

1.3 TIPOS DE INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

Algunos de los modelos de intervención, frente a la problemática de las adicciones, son el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños.

Según el Plan Provincial de Adicciones (2007) y Touzé (2011-2012), es importante que resaltemos en qué contexto socio-histórico se constituye el Modelo de Abstinencia, momento en el cual las necesidades del poder, luego de la gran crisis del 30 y de dos guerras mundiales, imponen la necesidad de un orden, un régimen estricto, *para todos*. Dicho modelo surge con el aumento en el abuso particularmente de alcohol, luego de la ley seca en EE.UU. aproximadamente en 1935. Sin embargo, no representa un modelo para todos, sino para aquellos que *quieren o desean* dejar de consumir. Los primeros intentos del modelo de abstinencia surgen con los grupos de Alcohólicos Anónimos, en donde se habla de recuperación total y de enfermedad permanente, por lo cual la recuperación se controla día a día, se presentan como dependientes “alcohólicos” y el único requisito para ingresar es querer dejar la bebida. En 1952 se acuña en Inglaterra el término “*Comunidad terapéutica*”.

El modelo abstencionista propone realizar intervenciones orientadas a eliminar el uso de drogas. Desde esta postura, la educación sobre drogas (habitualmente denominada prevención primaria) tiene como objetivo disuadir a la población de la utilización de estas sustancias, en tanto que la asistencia a los usuarios de drogas se centra en la suspensión del consumo, la que muchas veces es condición necesaria para iniciar un tratamiento.

Dicho modelo se caracteriza por establecer tres grandes pilares que sustentan su implementación: la abstinencia como ideal normativo, la desintoxicación para aquellos que se han visto atraídos por los paraísos artificiales, la erradicación de las drogas de la sociedad como horizonte político. Este paradigma se fundamenta en la creencia de que una reducción en la disponibilidad de sustancias potencialmente dañinas es la forma más simple de reducir las consecuencias perjudiciales de su uso.

Estos dispositivos de poder establecen sistemas de valores y creencias donde la reeducación es el centro. El sujeto se ubica en lugar de enfermo y se entiende a la enfermedad como una desviación de los valores socialmente reconocidos, los cuales deben ser reconducidos, por un saber médico, científico y avalado por el poder estatal.

Este modelo se sostiene en cuatro mitos fundamentales:

1. **La droga es la causa de la drogadependencia**, lo que sitúa el eje de la cuestión en la sustancia a la que se demoniza y persigue y con ella, a quienes la consumen.

2. **Los drogadependientes son delincuentes**, lo que asimila, drogas-delito-inseguridad, estigmatizando al sujeto y convirtiéndolo en un delincuente.

3. **El drogodependiente -lo sepa o no- busca su muerte** identificándolo en el campo de las perversiones. Esta concepción sitúa al daño como inevitable. Si busca la muerte, sólo nos cabe la resignación o la impotencia o, peor aún, la venganza “él se lo buscó”.

4. **La droga causa el SIDA**, lo que justifica la obsoleta consideración de “grupo de riesgo” que continúa estigmatizando. Se resiste en la noción de que el riesgo tiene que ver con lo que un sujeto hace y no con lo que el sujeto es. Al ser situaciones, nos permite intervenir socialmente en oposición a otras que justifican la marginación, la discriminación y la exclusión.

Por otro lado, encontramos el modelo de intervención de reducción de daños, basado en una política de prevención de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas más que de prevención del uso de drogas en sí mismo. Es una política social que tiene como prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas.

La reducción de daños no constituye una política social nueva. De hecho, se considera que sus principios fueron establecidos en 1926, en Gran Bretaña, por el Comité Rolleston, que recomendó a los médicos prescribir drogas no sólo en base a la suspensión de las dosis, sino también en dosis decrecientes.

El origen del concepto de reducción de daños se ubica en Holanda en la década del 1970, cuando aparecen alternativas profesionales identificadas con la perspectiva del usuario de drogas, denominada modelo de la aceptación. Empezó a utilizarse a finales de los 1980 en Inglaterra, en respuesta a dos factores: el problema de la infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables y la sospecha creciente de que las estrategias adoptadas hasta el momento no solo no habían mejorado la situación sino, que en algunos casos, habían tenido el efecto no deseado de aumentar los daños asociados al uso de drogas.

Los principales objetivos de reducción de daños son:

- Contactar con el máximo número posible de consumidores.
- Disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso.
- Mejorar la calidad de vida de los usuarios (estado de salud, situación social, etc.).

Las estrategias de intervención que se desprenden de la política de reducción de daños, se caracterizan por:

- Ampliar el abanico de la oferta de atención, estableciendo objetivos múltiples e intermedios
- Adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de usuarios de drogas y a sus trayectorias individuales.
- Establecer una relación profesional-usuario de drogas más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones
- Aceptar la ayuda para lograr el consumo controlado como objetivo que se ha demostrado posible
- Recursos más abiertos, amigables y no censoradores

Estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones, como acciones habituales agrupadas por su orientación a las distintas problemáticas, pueden señalarse las siguientes:

- Promover el consumo con menos riesgo. Están dirigidas a la educación sanitaria y suelen tener lugares en los entornos próximos a los lugares de consumo.
- Promover el sexo más seguro. Proporcionan educación sobre sexualidad y prevención.
- Brindar cuidados mínimos. Ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio- sanitario.
- Reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas.
- Promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas. Propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.

A este modelo de intervención se le presentan una serie de obstáculos, a partir de las representaciones sociales presentes en el conjunto de la sociedad, según Inchaurreaga (2002), entre los más difundidos en Argentina y en América Latina podemos señalar:

- Los miedos a la legalización: La supuesta relación con la legalización de drogas y la acusación de “hacer apología de la droga” dan cuenta del temor a que este modelo ablande las políticas legislativas en la materia y se constituye en una vía regia a la legalización.

Reducción de daños implica necesariamente disminución de los daños sociales y subjetivos relacionados con la penalización y prohibición. Entre los daños a reducir figura la criminalización. Los daños mayores y más perjudiciales son los ocasionados por la prohibición misma y no por las drogas.

- El “tabú” de las jeringas: Una de las más mentadas razones de la oposición al modelo de reducción de daños es su asimilación exclusiva a los programas de distribución o cambio de jeringas.

El cuestionamiento fundamental reside en que de esta manera se fomentaría el consumo y que la entrega de jeringas no garantizaría su uso personal y exclusivo. Sin embargo se ha demostrado ampliamente que la asistencia a los cambios de jeringas y el aumento de la disponibilidad de las mismas está asociada, por un lado con una reducción de riesgos como es la disminución de uso compartido y, por otro con una disminución de daños, como es una menor incidencia del VIH y un mayor acceso a los servicios de salud.

- La proyección del problema: Con frecuencia, la reducción de daños y especialmente los programas de jeringas se asocia a través del mecanismo de proyección, con realidades ajenas, europeas o norteamericanas y con una droga en cuestión: la heroína.

Sin embargo, en Argentina el uso intravenoso de cocaína -una sustancia que se inyecta con mayor frecuencia que la heroína- potencia proporcionalmente los riesgos en relación al uso compartido de agujas y jeringas contaminadas.

- Los miedos a incentivar el consumo: Con frecuencia se sostiene que la información sobre la “adicción segura” es incentivo al consumo.

La educación e información debe presentarse tanto en relación al sujeto que consume drogas -a saber, sobre cómo evitar lo equipos de inyección, forma de desinfección de los mismos, efectos de las drogas y formas seguras de inyección- como de la comunidad en general, en cuanto a intentar modificar el imaginario social dominante que estigmatiza a los sujetos drogadependientes, lo que justifica una lógica de exclusión, que los aleja también del sistema de salud.

- Si los drogadependientes no vienen a las instituciones: En la Argentina el trabajo de campo/calle, tan difundido en otros países, no es una práctica frecuente. El sistema de salud a través de sus instituciones públicas no está correctamente

articulado al sistema social tanto en lo que se refiere a detección y seguimiento de las problemáticas de los sujetos en la comunidad, asistencia social, asesoramiento legal e inserción o reinserción laboral.

Uno de los objetivos a los que se orienta el modelo de reducción de daños, es hacer contacto con aquellos sujetos que no llegan al sistema de salud.

Es necesario que señalemos, estos dos tipos de intervención: abstencionista y reducción de daños, actualmente coexisten en la sociedad, en los profesionales y en las instituciones.

Una vez realizado el recorrido histórico de las adicciones, desarrollamos en el siguiente capítulo los aspectos conceptuales y categorías de las adicciones.

CAPÍTULO II

ACERCÁNDONOS

AL TEMA...



“Una de las cosas más agradables de los problemas, es que muchos de ellos sólo existen en nuestra imaginación” (Steve Allen)

En este capítulo hacemos una conceptualización y caracterización de las adicciones, desarrollamos la ludopatía como una problemática actual y caracterizamos el Programa Juego Responsable.

2.1 ADICCIONES: CONCEPTOS Y CARACTERÍSTICAS

A partir de lo que desarrollamos anteriormente en esta investigación, comprendemos al concepto de adicción como la: *“Relación que se establece entre una persona y un objeto, que genera un cúmulo de tensión en la persona que es aliviada con la obtención de dicho objeto; se da en un contexto cultural y familiar y va produciendo una progresiva pérdida de grados de libertad (...)”*. (Dirección de Salud Mental, 2012) La relación a la que se refiere es una relación obsesiva, donde el sujeto busca un determinado objeto de forma exclusiva para satisfacer sus necesidades (alimentos, ropa, diversión, alivio del dolor, etc.), y convierte ese objeto en el centro de su vida.

Continuando con la temática de las adicciones, la caracterizamos como un problema multicausal, y al abordarlas requerimos de intervenciones profesionales flexibles y amplias. Por lo tanto identificamos una serie de factores causales, tales como psicológicos, familiares, sociales, culturales y económico-políticos. Si bien cada uno de ellos no actúa como causa única, la interacción de los mismos puede aumentar la probabilidad de desencadenar diversas situaciones conflictivas de consumo.

Además es necesario que realicemos una diferenciación entre los conceptos de uso, abuso y dependencia de sustancias, que realiza el autor Vila (2011-2012):

- Uso: consumo esporádico y circunstancial de una sustancia, sin consecuencias para el individuo tanto en el aspecto biológico como social.
- Abuso: como aquel uso que produce algún tipo de alteración en la esfera psíquica, social o biológica en una persona pero sin cumplir los criterios de dependencia.
- Dependencia: se define como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos. Dependencia es aquella circunstancia donde la persona recurre compulsivamente al consumo de una

sustancia para obtener el placer que ella le brinda o para evitar el displacer de la ausencia.

Por otro lado, la Dirección de Salud Mental (2012) refiere que se pueden observar dos tipos de conductas adictivas, una hacia las sustancias tóxicas y otras denominadas comportamentales (entendiéndolas a éstas como una dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas). Que el sujeto desarrolle alguna de ellas dependerá de circunstancias personales y medioambientales.

Una de las características de las conductas adictivas comportamentales, es la necesidad de ser repetidas constantemente a pesar de las consecuencias negativas para el sujeto, tanto físicas como psíquicas. Dicha característica se puede observar, por ejemplo en el caso de las adicciones al juego.

2.2 LUDOPATÍA: UNA PROBLEMÁTICA ACTUAL

A su vez, para comprender la temática de las adicciones es imprescindible que se contextualice la sociedad en la cual se desarrollan, la misma se encuentra caracterizada por la preeminencia del consumo², el individualismo, el aislamiento, el hedonismo y la supremacía del mercado.

En esta sociedad se mantiene una concepción de ciudadanía ligada al consumo "(...) La ciudadanía también se ejerce en el mercado, y quien no puede realizar allí sus transacciones queda, por así decirlo, fuera del mundo" (Sarlo, 1994). La libertad se presenta de forma "simbólica" ya que el mercado les muestra una realidad a las personas donde son libres de elegir, pero ciertamente es él quien determina quiénes forman parte y quiénes no.

² El consumo es el conjunto de procesos socioculturales en que se realizan la apropiación y los usos de los productos. (Canclini, 1995).

Otra de las características más notorias de la sociedad actual es el culto al cuerpo, donde se busca la belleza y la perfección en el cumplimiento de ciertos cánones preestablecidos, así, se impone la belleza como un derecho y un deber que todos debemos cumplir, sumado a una búsqueda de la eterna juventud.

Por otra parte en esta sociedad posmoderna, el crecimiento económico se vincula, sobre todo, a la necesidad de conquistar nuevos mercados, lo que otorga especial importancia a la publicidad. La publicidad supone un proceso de comunicación de carácter masivo, a partir del cual se pretende informar al mercado sobre los productos y servicios de la empresa, con la finalidad de influir en el comportamiento y/o actitud de los consumidores potenciales. Es uno de los mecanismos que “ejerce su poder” con más fuerza, a través de un conjunto de acciones, logrando modificar ideas, imponer modas, convencer, e influir hasta en las decisiones más triviales.

Tal como plantea Rojas y Sternbach (1997) “los medios de comunicación cobran un papel cada vez más preponderante, posibilitan masividad de una comunicación que se constituye en vía regia para la proliferación del imaginario social³ a nivel planetario, imponen una cultura basada en la imagen con lo cual consigue que el habitante de la posmodernidad descrea de las grandes finalidades a largo plazo”.

Por lo tanto podemos referir a esta sociedad como una “Sociedad de Consumo”, en la que los sujetos adquieren lo que el mercado, a través de los medios de comunicación, les impone “(...) estamos destinados a consumir, aunque sea de manera distinta, cada vez más objetos e informaciones, deportes y viajes, formación y relaciones, música y cuidados médicos. Eso es la sociedad posmoderna; no el más allá del consumo, sino su apoteosis, su extensión hasta la esfera privada.” (Lipovsky, 1986). Estos medios masivos de comunicación se especializan en seducir constantemente al consumidor, a

³ El imaginario social según Cornelius Castoriadis, en una primera definición, es la creación incesante y esencialmente indeterminada (social, histórica y psíquica) de figuras, formas, imágenes y solo a partir de ésta puede tratarse de “algo”. Lo que llamamos realidad y racionalidad son obras de esta creación.

través claro, de publicidades que nos venden “felicidad”, “diversión”, “placer”, por medio de la adquisición de objetos concretos.

Además en esta cultura del consumo, tal como refiere Kameniecki (1998) “(...) La característica más visible y evidente (...) es estimular el consumo. No solo del hecho de consumir drogas, sino también tecnología, modas, etc. El adicto a las drogas también está sujeto a las leyes del mercado, de la oferta y de la demanda, ya que estas sustancias forman parte del mismo y son productos sometidos a esas leyes (...), el drogodependiente es el consumidor ideal. Nunca deja de consumir.”

Como podemos observar, en esta Sociedad Posmoderna, surgen nuevas tendencias asociadas al consumo desmedido, que pueden visualizarse en las compras, el trabajo, el sexo, el juego, el cuidado del cuerpo, etc. Estas conforman las denominadas “Nuevas Adicciones”, que se encuentran en auge en la actualidad.

Dentro de estas nuevas adicciones desarrollamos, en esta investigación, la adicción al juego. La Organización Mundial de la Salud adopta la definición de adicción al juego del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales que es definida como: trastorno del control de los impulsos, éste último se entiende como “la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos de esta sección el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo.” (DSM-IV-TR, 2000).

Este manual enumera una serie de características que describen el comportamiento de un jugador patológico:

- Preocupación excesiva por el juego;
- Necesidad de apostar cantidades crecientes de dinero para conseguir la excitación deseada;
- Fracaso repetido por controlar o detener esta conducta e inquietud cuando se pretende este objetivo;

- Inquietud o irritabilidad cuando se intenta reducir o parar el juego;
- Utilización del juego para escapar de estados emocionales negativos;
- Persistencia en esta actividad con el fin de intentar recuperar el dinero perdido;
- Mentir sistemáticamente a las personas del entorno más cercano para ocultar la conducta de juego y los problemas derivados de ello;
- Delinquir para seguir financiando el juego;
- Arriesgar o perder las relaciones interpersonales debido a esta conducta y
- Confiar en que los demás van a seguir proporcionando recursos económicos para salir de las situaciones desesperadas.

Además del jugador patológico, los autores Garrido, Jaén, y Domínguez (2004), afirman que existen otros tres tipos de jugadores, que describimos a continuación:

El *jugador social* es el que interviene ocasional o regularmente en juegos populares o legalmente permitidos, siempre por entretenimiento, diversión, etc. Su característica principal es el control de esa conducta de juego, es decir, puede interrumpirla cuando lo desee y, por lo tanto no depende emocionalmente de ella.

El *jugador profesional* es el que vive del juego, apuesta de la forma más racional e intenta no dejar nada al azar, por lo que participa en juegos en los que es importante la habilidad o hacer trampa para ganar. La práctica del juego es similar a un trabajo que desempeña para ganarse la vida y su objetivo es ganar dinero, por lo que no necesariamente disfruta del juego.

El *jugador problema* se caracteriza por jugar frecuente o diariamente, con un gasto habitual de dinero, y tiene menos control de sus impulsos que el jugador social, aunque suele llevar una vida normal tanto familiar como laboral. Suele ser una persona con alto riesgo de convertirse en jugador patológico, si se le va de las manos el aumento del tiempo y del dinero destinado al juego.

Por último, el *jugador patológico* es aquel que tiene una dependencia emocional del juego, y por lo tanto una pérdida de control con respecto al juego y una interferencia

en el funcionamiento normal de la vida diaria. La cantidad de tiempo y dinero invertidos es muy alta. Existe en él una necesidad subjetiva de jugar para recuperar lo perdido y fracasa continuamente en el intento de resistir los impulsos de jugar. Suelen ser frecuentes los pensamientos distorsionados o irracionales, como el optimismo irracional y el pensamiento supersticioso.

Los mismos autores mencionan que “Desde el punto de vista de la psicología evolutiva el juego se entiende como una actividad que facilita y permite el desarrollo cognitivo y la integración social del niño en el ambiente y en el grupo, de tal manera que el desarrollo evolutivo del niño está íntimamente ligado a la práctica del juego, por lo tanto, tiene una función importante en la formación del individuo y en la socialización.” (Ídem) Esto permite observar que el juego en sí mismo no implica necesariamente una problemática, sino que se transforma en una cuando afecta los principales aspectos de la vida cotidiana de los sujetos, familia, trabajo, tiempo libre, etc.

A su vez las autoras Blanca y Coletti (2006), consideran que hay que superar el prejuicio del juego como “vicio” y comenzar a considerarlo como una enfermedad, una adicción que tiene sus particularidades. Y entiende al juego a partir de las reglas que deben respetarse, ser consensuadas y compartidas.

Por otra parte, las autoras afirman que la adicción al juego se la denomina también adicción sin sustancias, ya que no hay signos visibles en el cuerpo.

Además los autores Blanca, Croce y Petri (2012), caracterizan al jugador patológico diciendo que “...cada ámbito de la vida del jugador acaba afectado por la preocupación obsesiva por el juego y la casi totalidad de su energía y muchas de sus actividades diarias resultan dirigidas a conseguir recursos, tanto económicos como de tiempo, para poner en acto dicha conducta.”

Los autores acuerdan que uno de los factores que facilitan la adicción al juego es la oferta (objetos, entretenimientos, sustancias) que se crea en el libre mercado, que si bien no provoca esta patología, si la facilita.

2.3 PROGRAMA JUEGO RESPONSABLE

Con respecto al abordaje de la problemática de la ludopatía, en la provincia de Mendoza, se crea el Programa Juego Responsable en el año 2006 dependiente del Instituto Provincial de Juegos y Casinos de Mendoza, del Ministerio de Hacienda, incluyendo no solo la asistencia a los sujetos sino también la prevención.

El Programa Juego Responsable cuenta con un equipo interdisciplinario formado por profesionales de diferentes disciplinas (Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social) conforme a la Ley de Salud Mental 26.657/10, que constituyen un dispositivo de asistencia a sujetos con problemas de adicción al juego, a sus familiares y/o allegados.

A continuación desarrollamos los objetivos generales y específicos, la población beneficiaria, los criterios de admisión y los momentos del proceso terapéutico que la institución se propone:

Objetivos Generales

- a) Garantizar el acceso al abordaje terapéutico interdisciplinario, intersectorial, gratuito e igualitario en la atención sanitaria y social de personas con problemas en relación al juego patológico.
- b) Diseñar acciones que promuevan el compromiso y la responsabilidad social ante la problemática actual respecto de las adicciones llamadas sin sustancias o comportamentales, generando y sosteniendo las acciones de educación, promoción y prevención.

Objetivos Específicos

- a) Brindar asistencia en modalidad ambulatoria con abordaje interdisciplinario generando acciones que tiendan a reducir las consecuencias provocadas por el juego patológico.

- b) Asegurar intervenciones terapéuticas individuales, familiares y grupales, para abordar la multicausalidad de la conducta adictiva.

Población Beneficiaria

El Programa Juego Responsable está dirigido a la atención de la demanda de sujetos de ambos sexos desde 18 años en adelante. Este parámetro se sugiere en función de tener en cuenta tanto los requisitos del Instituto de Juegos y Casinos para los sujetos que apuestan en salas de juegos de azar, como así también la experiencia que el programa ha registrado en cuanto a los pedidos de consulta respecto de juego patológico.

Momentos Del Proceso Terapéutico

El **Primer Contacto** de ingreso al programa es a través de una línea telefónica gratuita. En los casos de orientación se derivará a una **Entrevista De Orientación** en la cual se escuchará la demanda del consultante y se evaluará la posibilidad de participación en talleres en forma grupal. En aquellos casos en que el implicado sea un sujeto con problemas en relación al juego se derivará a una **Entrevista De Admisión**. En dicha entrevista se escuchará la demanda del consultante y se analizará, en cada caso particular, la posibilidad de iniciar el proceso diagnóstico.

Posteriormente el Programa propone un proceso de tratamiento dividido en tres momentos:

- *Admisión*

Este es el momento de los primeros contactos del sujeto que consulta en el programa. Los objetivos de este momento se enfocan principalmente en el diagnóstico interdisciplinario, para determinar si reúne o no criterios de admisión, y la responsabilización del sujeto con el tratamiento. Pacto que queda plasmado en el consentimiento informado.

- *Tratamiento Propiamente Dicho*

Momento en el cual cada paciente inicia la etapa de tratamiento y será su decisión continuar y profundizar o abandonar el proceso terapéutico.

El equipo interdisciplinario realiza evaluaciones de proceso de los pacientes en tratamiento con el fin de analizar las posibilidades de continuar con el proceso terapéutico; considerar estrategias de intervenciones psicológicas, psiquiátricas o de trabajo social; discernir las posibilidades de alta; evaluar una derivación según la situación problemática singular y estudiar cualquier situación o circunstancia que se pudiera presentar ante la particularidad de cada caso.

La modalidad de abordaje terapéutico podrá ser:

- Terapia Individual de acuerdo al marco conceptual del profesional: Cognitivo Conductual, Existencial, Psicoanálisis, Sistémico, entre otros.
- Terapia Familiar, Talleres para padres, Encuentros para las Familias
- Abordaje Grupal (Terapéutico, Reflexivo, Psico-educativo, Operativo, entre otros)

- *Alta y/o Derivación*

El último momento del proceso consiste en la evaluación de un alta del tratamiento dentro del Programa Juego Responsable.

Existe la posibilidad de que surja un alta voluntaria, en la cual el sujeto se responsabiliza de las consecuencias que pudieran surgir en función de la decisión tomada.

Durante el tiempo que esta etapa de alta y/o derivación requiera se estudiará la particularidad del caso para sugerir, si fuera necesario, la continuación de tratamiento por fuera del Programa; en tales situaciones se procede a una derivación formal.

Finalmente el abordaje de los profesionales que intervienen en esta problemática se enmarca en la Declaración Internacional de los Derechos Humanos y en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Una vez finalizada la temática de las adicciones, nos adentramos específicamente en la intervención profesional del trabajo social, que desarrollamos en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO III

TRABAJO SOCIAL



“El conocimiento es la chispa que se produce cuando chocan las espadas”

(Nietzsche)

En este capítulo planteamos el rol y la intervención profesional del trabajador social, el abordaje familiar, el trabajo interdisciplinario y la ley de salud mental desde los derechos humanos.

3.1 EL ROL Y LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL

Es importante que resaltemos el rol del trabajador social, es cual define E.Ander-eg (1995) como: “el comportamiento o papel que debe desempeñar un Trabajador Social tomando en cuenta la posición o status que ocupa dentro de la sociedad. En un sentido más restringido se habla de "roles profesionales" a aquella función que se desempeña y que los otros esperan que desempeñe, aquellos que ejercen una determinada profesión”. Teniendo en cuenta que las funciones que el trabajador social desempeñará se dan dentro de las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Por ello, los trabajadores sociales, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados, desde la base de los Derechos Humanos y la Justicia Social.

Por otra parte al hablar de intervención social, es preciso que destaquemos las palabras de Salord (1991), quien precisa que: “La especificidad profesional es una construcción histórico-social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Este ámbito de relaciones está constituido por SUJETOS SOCIALES que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una práctica profesional. Por lo tanto, es una relación social la que identifica y delimita a los sujetos involucrados en la intervención profesional y le otorga a cada uno un lugar y una función. De este modo, el problema social, a través del cual se establece la relación entre los sujetos sociales, se constituye en OBJETO DE INTERVENCION de la práctica profesional”.

Además, dicha autora define al ejercicio profesional como el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención, donde la profesión se inscribe como practica partícipe de la dinámica social.

El proceso de construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la delimitación del conjunto de prácticas y representaciones que den cuenta del problema social y del tipo de interacción existente entre los sujetos sociales y el problema social. De tal modo, que la especificidad se constituye en el mismo proceso de estructuración de un MARCO DE REFERENCIA, que otorga un significado particular a todos los elementos constitutivos de la especificidad profesional. Estos elementos son: los sujetos sociales, el objeto de intervención y el marco de referencia.

Adentrándose específicamente en la intervención profesional del trabajador social, es pertinente para esta investigación que podamos describir lo que implica y sus características a fin de que aporte al presente marco teórico.

Según el autor Carballeda (2007) explica que: “La palabra intervención proviene del término latino ‘intervenio’, que puede ser traducido como ‘venir entre’ o ‘interponerse’. De ahí que ‘intervención’ pueda ser sinónimo de mediación, intersección, ayuda o cooperación (...)”. Agrega, además, que la intervención es un “(...) dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. De ahí que la demanda sea el acto fundador de la intervención.” Además agrega que el trabajo social interviene sobre tres puntos claves: la relación problema-necesidad; el lazo social y el sistema de protección social.

Por otra parte, la autora Quintero Velásquez (2004) manifiesta que: “el trabajo social es una intervención en el sentido que intervenir significa tomar parte de una acción con la intención de influenciarla. La intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas.”

Podemos considerar según Parisí (1993) a la intervención profesional como la puesta en “acto” de un trabajo o acciones a partir de una demanda, aunque esta

enunciación resultaría insuficiente –o motivo de múltiples interpretaciones- si no reafirmáramos que esa “puesta en acto” se configura desde una matriz teórica. Al respecto, dicho autor entiende al trabajo profesional "(...) tanto como lugar donde se juega una visión teórica-ideológica específica, como un espacio de acción-con-sentido sobre la realidad (...)", resulta significativo en tanto coloca con claridad la estructuración de lo que hemos dado en llamar puesta en acto: lo teórico ideológico y el sentido.

De este modo podríamos analizar a la intervención profesional en trabajo social desde diferentes desagregados, a fin de comprenderla en su integralidad.

- Puesta en acto de un trabajo, de una acción con sentido sobre la realidad, a partir de una demanda (entendida como expresiones de la cuestión social) en situaciones particulares.
- "Hacer" fundado, argumentado. Toda intervención está enmarcada en un lugar teórico, esto quiere decir un modo de ver e interpretar la realidad, desde un régimen de la mirada.
- Tiene una intencionalidad, generar alguna modificación en relación con la situación que se le es presentada.
- Se expresa en una estrategia como construcción metodológica, esto es en un conjunto de mediaciones que dan cuenta de la intencionalidad y objetivos, y de sus "comos" particulares.
- Se trata de una construcción artificial. Se puede entender como un "venir entre", por lo tanto tiene connotación autoritaria. Es así, un dispositivo por donde circula el poder en estrecha relación con el saber.
- Presenta un carácter personalizado. En la intervención se da una relación cara a cara con los sujetos directamente involucrados. Esta relación produce efectos sobre los sujetos construyendo identidades.

Por otro lado, la autora Rozas (1998) plantea que la intervención del trabajador social se orienta a partir de la vida cotidiana de los sujetos. Entendiendo a la vida cotidiana como el ámbito microsociedad y el espacio concreto en el que los sujetos construyen y configuran la sociedad y le dan sentido a su vida. A su vez la vida cotidiana ayuda a enriquecer la intervención profesional, en tanto ella pueda aportar elementos de análisis para la comprensión de la vida de los sujetos.

Además menciona que “el concepto de vida cotidiana expresa la trama social, en la cual los sujetos articulan su existencia, con relación a la lucha por la satisfacción de sus necesidades. Este escenario es el que marca las coordenadas más importantes para resignificar el campo problemático⁴ en la intervención profesional. (...) El campo problemático es la respuesta al SOBRE QUÉ SE INTERVIENE EN TRABAJO SOCIAL”. (Rozas, 1998)

“La intervención profesional es un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social. Es en esta dinámica generada por esta relación que se construye el objeto de intervención profesional.” (Ídem)

El señalado objeto de intervención “se construye desde la reproducción cotidiana de la vida social de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demandas y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no.” (Ídem)

Solo podemos analizar el campo problemático, los objetivos, la metodología y los sujetos de la intervención profesional, en la medida que estén sustentados desde la teoría (entendida como el conjunto de conceptos que orientan el actuar del profesional) y desde la práctica.

⁴ Es la explicitación argumentada de los nexos más significativos de la <<cuestión social hoy>> con relación a la particularidad que adquiere la relación problematizada entre sujeto y necesidad. (Rozas, 1998).

A partir de lo expuesto, entendemos a la realidad como una construcción continua, compleja, cambiante y particular según el contexto histórico y social. Y al sujeto como activo productor de su propia realidad, que al interactuar con otros comparte y construye significados y representaciones sociales.

3.2 ABORDAJE FAMILIAR

El abordaje familiar atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Es un proceso de ayuda dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social, tendiente a activar cambios frente a los problemas familiares que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social.

Ya en el año 1917, Mary Richmond, en su libro *Diagnóstico Social*, sugiere el tratamiento de familias completas y previene acerca de los riesgos de aislar a las familias de su contexto natural.

Es de fundamental importancia, como dice Calabrese (2007) “(...) valorizar el microespacio como espacio posible de conciencia y pertenencia, mediante propuestas simples, pero firmes, que tengan en cuenta el factor histórico. Significar el hoy para el mañana, pero a partir de un ayer reconocido. Incorporar el principio de la creatividad y del juego, en tanto aprendizaje y potenciación de la amalgama de saberes.”

La intervención del trabajador social implica, según Carballada (2007) “acceder a los espacios microsociales donde se construye la cotidianidad de los sujetos sobre los cuales interviene”, lo que presupone que lo social se organiza en términos de símbolos cargados de significados, que la identidad de los sujetos se construye en ámbitos de intercambio y reciprocidad y que lo social se explica desde lo singular. Por lo tanto, el análisis y la intervención social con familias se orientan hacia la búsqueda de significados lo cual permitirá intervenir buscando transformaciones, es decir, construyendo la visión particular del acontecimiento que convoca a la intervención posibilitando una visión y una aproximación integrales del proceso familiar, tendiendo a realizar intervenciones que

tengan efectos a mediano y largo plazo. Recordando que en la actualidad se produce una ruptura de los espacios de socialización clásicos como la escuela, el trabajo y la familia, desde el neoliberalismo. Por lo que la familia comienza a tener problemas como espacio de socialización a partir del desempleo, de los cambios globales, tecnológicos, etc., y cambian las formas de relación social, lo que implica desarrollar nuevos dispositivos de intervención.

Como dice Eroles (2001) "(...) la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre." Y continúa diciendo que fundamentalmente "(...) la familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre. La familia es el contexto natural para crecer y para recibir auxilio, es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que, a su vez, rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, es decir, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia."

3.3 TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Debido a la complejidad de la salud mental es necesaria una intervención profesional, que se realice de manera interdisciplinaria. Según Follari (1989) el trabajo interdisciplinario lo entiende como "el logro de una conjunción teórica nueva más allá de las disciplinas particulares puestas en curso (...) solo hay interdisciplina cuando hay portadores de las diferentes disciplinas, por ejemplo, un sociólogo, un antropólogo, un psicólogo, un epistemólogo y también un trabajador social trabajando juntos". La interdisciplina es una concepción holística de la realidad; la considera como un TODO, por lo que es más que la suma de las partes.

Por otra parte el autor Ander Egg (1989) agrega que "por la naturaleza misma del trabajo social, tanto los estudios y formación de los trabajadores sociales, como las características de sus actividades tienen un carácter interdisciplinar: la experiencia de la

realidad que se confronta y sobre la que se actúa nunca se presenta fragmentada, sino en términos de totalidad (lo que no significa que se perciba como tal).”

Además el concepto de interdisciplina implica también la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber, dadas las características de los escenarios actuales (incertidumbre, incremento de las desigualdades y crecimiento de la exclusión social). Así, la interdisciplina, se puede presentar como una oportunidad para desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia al individualismo, donde la "competencia " individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesado por la lógica de la empresa en tanto "costo-beneficio".

El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición. Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud-enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo; sosteniendo siempre los espacios de diálogo, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal.

En síntesis, según las palabras de Carballada (2008) “La interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene "momentos" de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica”.

Finalmente la necesidad de que la intervención profesional se realice de manera interdisciplinaria queda plasmada en lo establecido en el art. 8 de la ley 26.657 de salud mental: “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”.

Complementariamente el art. 11 de dicha ley señala que: “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”. A su vez el decreto 603/13 reglamenta en su art. 11 que: “entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.”

3.4 DERECHOS HUMANOS Y LEY DE SALUD MENTAL

Actualmente se encuentra en desarrollo un nuevo paradigma basado en los derechos humanos en la salud mental, lo cual implica que realicemos una mención de los principales aspectos de dicha temática.

Por una parte, los autores De Lellis, M. y Di Nella, Y. (2007), quienes afirman que “La garantía efectiva de los derechos de cada habitante en todos los actos del Estado no es más que el lógico reconocimiento del otro en tanto sujeto pleno de ciudadanía. Pues entonces, tenemos un primer principio, *“no hay salud mental posible, donde no se garantizan los derechos humanos” (...)*. Y afirman que (...) *“toda violación de derechos humanos repercute en la salud del sujeto violentado, predominantemente en lo mental”*.

Es importante que señalemos uno de los puntos que les preocupan a los autores y el cual es “(...) la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos

descentralizados de atención (lo que conlleva la actual inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental por parte del Estado).”

De Lellis, M. y Di Nella, Y. (2007) continúan explicando:

Tratándose de una “cultura” que escapa y supera -justamente- el ámbito o campo de la salud mental, y se encuentra enmarcada en el universo de las prácticas de discriminación y exclusión de todo lo distinto a “la norma” (normalidad) y a “lo improductivo” en una sociedad dada (principio de orden social de fines del siglo XIX), se requiere repensar buena parte de nuestro maletín de ideas y acciones, propiciando iniciativas innovadoras, espacios de discusión y de reflexión con representantes del Estado en sus distintos estamentos y organizaciones de la sociedad civil, sobre las formas y modalidades de abordaje de las problemáticas referidas a la intersección entre derechos humanos y salud mental.

(...) Frente a un escenario complejo de diversidad de problemáticas sociales, culturales, ambientales, psicológicas, psiquiátricas y humanas en general (vitales), surgen situaciones de carácter humano, subjetivo, sanitario, económico y social, que mantiene un patrón común: *la estigmatización de las personas con padecimientos predominantemente mentales*. Esta, se funda en mitos populares originados por la falta de conocimiento, de recursos y de una histórica falencia de claras políticas públicas, inclusivas y democráticas, fundadas en los derechos humanos básicos de los sujetos de atención y, en segundo término, de los trabajadores y profesionales que se desempeñan en ese ámbito laboral.

Una de las principales reflexiones que surgen de este complejo cuadro en el ámbito de la salud mental es la creciente toma de conciencia que en ella se requiere respecto a la necesidad de apoyarse en una concepción integral del ser humano. Las dimensiones *eco-ambiental, psicosocial y sociocultural*, comienzan a ocupar un lugar que les corresponde y que por tanto tiempo se les negó dentro del campo de estudio y del ejercicio de las disciplinas que en ella operan, como la psicología, el trabajo social, la epidemiología, la psiquiatría, etc. (...)

Por otro lado, en un esfuerzo por efectivizar lo establecido por la Convención Internacional de Derechos Humanos, el año 2010, en la Argentina se sanciona la Ley 26.657, que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.

Dicha ley 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.

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.

Además a fines de reglamentar dicha ley, el gobierno nacional sanciona en Mayo de 2013 el decreto 603/13, del cual extraemos aquellos artículos que consideramos de mayor relevancia para esta investigación:

ARTICULO 4°.- Entiéndase por “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

ARTICULO 7: m) Entiéndase por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento;

los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Terminando con los aspectos históricos, teóricos y conceptuales, elaboramos en el siguiente capítulo la metodología y el análisis e interpretación de la información que obtuvimos durante el trabajo de campo.

CAPÍTULO IV

TRABAJO DE CAMPO: ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL PROGRAMA JUEGO RESPONSABLE



*“Quien pregunte permanece un ignorante durante tan sólo cinco minutos, pero
quién no pregunta será un ignorante para siempre”*

En el último apartado tiene como finalidad analizar la intervención del trabajador social en el Programa Juego Responsable, presentamos la propuesta metodológica y el análisis e interpretación desde la mirada de los propios actores.

4.1 PROPUESTA METODOLÓGICA

Las decisiones metodológicas se vinculan a aspectos teóricos pero también al abordaje empírico de los fenómenos problemáticos. En otras palabras, lo propio de la dimensión metodológica consiste en diseñar una estrategia que resuelva los problemas teóricos a través de la aplicación de técnicas que permitan la obtención de datos en los diversos contextos.

Por lo tanto, por una parte presentamos el problema, los objetivos y los supuestos de investigación. Y posteriormente desarrollamos la metodología; el tipo de estudio; las técnicas de recolección; la población y unidad de análisis y el trabajo de campo.

Problema de investigación

¿Cuál es la intervención del trabajador social en las adicciones dentro del Programa Juego Responsable, en la provincia de Mendoza, durante el año 2012?.

Objetivo general

Conocer la intervención del trabajador social en las adicciones dentro del Programa Juego Responsable, en la provincia de Mendoza, durante el año 2012.

Objetivos específicos

- Comprender la situación actual de las adicciones en función del contexto histórico.
- Identificar los tipos de intervenciones que existen con respecto a la problemática de las adicciones.

- Establecer si el desempeño de los profesionales, en el Programa Juego Responsable, se realiza desde la interdisciplinariedad.
- Señalar si el trabajador social en su intervención profesional, desarrolla un abordaje familiar.

Supuestos teóricos

- La concepción de la problemática de las adicciones es social, compleja y cambiante, y se va construyendo a lo largo de la historia.
- En esta problemática no existe una única forma de intervención, sino que cada una de ellas se particulariza en cada abordaje según la perspectiva que se adopte.
- Las prácticas de los profesionales, que desempeñan su labor en el Programa Juego Responsable, se emprenden desde una mirada interdisciplinaria.
- La intervención profesional del trabajador social se realiza desde un abordaje familiar.

Tipo de estudio

El tipo de estudio que desarrollamos es exploratorio-descriptivo, ya que nuestro problema de investigación ha sido poco estudiado, y pertenece a un conjunto de problemáticas actuales denominadas "invisibilizadas", además analizamos cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, mediante la comprensión de las estructuras significativas del mundo de la vida y por medio de la participación en ellas.

Por último, podemos decir que a partir lo expresado, consideramos que la metodología propuesta, es la más apropiada para los fines de la investigación de acuerdo a los objetivos y supuestos planteados en la misma.

Población y unidad de análisis

Nuestra investigación toma como unidad de análisis a la trabajadora social que desempeña su actividad profesional en el Programa Juego Responsable. Pero a los fines de alcanzar los objetivos planteados, tomamos también a los profesionales de psicología y psiquiatría como parte de esta unidad.

Para seleccionar la muestra, tuvimos en cuenta diversas características de los profesionales a los cuales se le va a emplear la técnica. Las mismas, están relacionadas con el área donde desempeñan sus funciones, las tareas que realizan en el Programa, y la intervención en las problemáticas de consumo.

Metodología a desarrollar

En lo que respecta a nuestra propuesta metodológica tenemos una mirada principalmente desde lo cualitativo, ya que se buscó la construcción del problema desde la perspectiva de los actores sociales, el significado social que le atribuyen a este fenómeno. La metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido, a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable.

La investigación cualitativa nos proporciona una descripción íntima de la vida social. Estas descripciones íntimas presentan detalladamente el contexto y los significados de los acontecimientos y escenas importantes para los involucrados. Nuestro propósito es comprender o explicar los rasgos de la vida social que van más allá de las personas y escenarios estudiados.

Técnicas de recolección

Para la recolección de la información, utilizamos dos técnicas la observación participante y la entrevista en profundidad, que los autores Taylor y Bodgan (1986) describen: la observación participante, definida como “la interacción social entre el

investigador y los informantes en el milieu⁵ de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo”; y la entrevista en profundidad, que la entienden como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”.

En las observaciones participantes el número de informantes no estaba definido de antemano, pero si determinamos qué tipo de situaciones observaríamos, por lo que realizamos dos observaciones. Durante el proceso de observación realizamos notas de campo detalladas necesarias para el posterior análisis.

En lo que respecta a la entrevista es cualitativa, flexible y dinámica. Preferimos esta técnica debido a que constituye un instrumento privilegiado del investigador, para acceder al universo de significaciones de los actores. Las preguntas son abiertas, permitiéndole al informante desarrollar y fundamentar su respuesta sin condicionarlo. Configuramos tres entrevistas diferentes de acuerdo a los objetivos que pretendíamos cumplir, pero ni el número ni el tipo de informantes fueron especificados de antemano.

Consideramos que estos instrumentos son acordes a los objetivos planteados en la investigación, ya que nos permiten acceder a un encuentro más privado y personal con los profesionales participantes.

Trabajo de campo

En el momento de desarrollar el trabajo de campo realizamos dos observaciones participantes y cinco entrevistas en profundidad a los profesionales de diferentes disciplinas que intervienen en el Programa Juego Responsable. Para la realización de dicho trabajo, hicimos una selección de los profesionales a observar y a entrevistar, esta selección responde a los criterios de pertenencia al Programa Juego Responsable, predisposición y empatía para acceder a la investigación. Además, acordamos con los

⁵ Milieu: ambiente social, medio ambiente

profesionales de las distintas disciplinas, trabajo social, psicología y psiquiatría, el momento en que se podía aplicar dicha técnica.

Luego dividimos la labor a realizar, tanto la aplicación de las técnicas, como su posterior desgravado con el fin de agilizar el trabajo.

Por último, podemos decir que las observaciones fueron coordinadas con anticipación, y establecimos una serie de aspectos que guiarían las mismas. Y por otra parte, las entrevistas las realizamos de manera organizada, habiendo pactado el día y hora del encuentro, observamos muy buena predisposición por parte de los entrevistados para responder, esto lo vivenciamos en un marco cordial, acorde y de respeto, lo que nos permitió llevar adelante la investigación generando un encuadre propicio para tal fin.

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En este apartado desarrollamos el análisis interpretacional de la información recabada a partir de las entrevistas y observaciones participantes realizadas a los profesionales del Programa Juego Responsable.

4.2.1 ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

En lo que respecta a las entrevistas las analizamos a partir de una serie categorías teóricas que surgieron a partir de las preguntas, las cuales mencionamos a continuación: conceptualización y características del modelo abstencionista; ventajas y desventajas del modelo abstencionista; vigencia del modelo abstencionista ; opinión profesional sobre el modelo abstencionista; conceptualización y características del modelo de reducción de daños; ventajas y desventajas del modelo de reducción de daños; vigencia del modelo de reducción de daños; opinión profesional sobre el modelo de reducción de daños; funciones y actividades del ejercicio profesional; formación académica y especialización del profesional; conceptualización y características de la interdisciplina; aplicación del trabajo interdisciplinario; ventajas y desventajas de la interdisciplina; conceptualización y características de la intervención profesional; tipos de intervención profesional; conceptualización del abordaje familiar; implementación del abordaje familiar;

participación de la familia en el proceso de intervención; posicionamiento profesional sobre el abordaje familiar; apreciación del rol del trabajador social; emergente de la ley y derechos humanos; emergente visión de problemática consumo en sociedad y medios y emergente limitaciones institucionales. Dichas categorías las conceptualizamos con el fin de poder expresar como las entendemos e interpretamos.

Para alcanzar el objetivo específico de identificar los tipos de intervenciones que existen con respecto a la problemática de las adicciones, analizamos las siguientes categorías:

 Conceptualización y características del modelo abstencionista.

Todos los modelos de adicciones surgen en un contexto histórico, social y cultural determinado y para comprender su concepción y características es necesario tener en cuenta este aspecto. El Modelo de Abstinencia, se constituye en un momento en el cual las necesidades del poder, luego de la gran crisis del 30 y de dos guerras mundiales, imponen la necesidad de un orden, un régimen estricto, para todos. Dicho modelo surge con el aumento en el abuso particularmente de alcohol, luego de la ley seca en EE.UU. aproximadamente en 1935. Sin embargo, no representa un modelo para todos, sino para aquellos que quieren o desean dejar de consumir.

Los profesionales entrevistados destacan la importancia de poder entender a los modelos según su contexto en el cual surgieron. La siguiente frase sintetiza tal inferencia:

“(...) es un modelo que aparece en un momento epocal, cultural, histórico determinado que eso es importante siempre contextualizarlo porque ningún modelo de abordaje esta descolgado de su época o sea es respuesta a la época que se viven entonces digamos que está en con relación con las leyes vigentes (...)”

Por otro lado, tiene como ideal normativo la abstinencia y entendemos a la enfermedad como una desviación de los valores socialmente reconocidos, los cuales deben ser reconducidos, por un saber médico, científico y avalado por el poder estatal.

Los entrevistados caracterizan al modelo como un modelo que tiene una concepción moralista, que se basa en la sanción moral de lo que está bien y lo que está mal, posicionándose desde la prohibición, tomando como eje central la abstención del consumo. Extraemos de las entrevistas las siguientes citas textuales:

“(...) el modelo abstencionista va de la mano con lo que se llama lo prohibitivo a nivel de por ejemplo en el caso del juego sería un objetivo del tratamiento prohibirle que juegue, que se abstenga de jugar por eso se llama modelo abstencionista donde quizás las intervenciones están más puestas, y esta es mi lectura, desde una cuestión quizás de una sanción moral de lo que está bien y lo que está mal (...)”

“(...) básicamente el paciente tuviese un abstencionismo, que dejara de consumir las sustancias, el objeto, lo que fuera como parte primario u objetivo principal del tratamiento (...)”



Ventajas y desventajas del modelo abstencionista.

A partir de las preguntas realizadas a los profesionales podemos inferir que el modelo abstencionista no es concebido en términos de ventajas y desventajas, sino que es comprendido como un posicionamiento ético, lo cual se refleja en la siguiente frase:

“(...) Yo no considero a los modelos en cuestión de ventajas y desventajas, me parece que son posicionamientos éticos (...)”

Sin embargo son enumeradas una serie de aspectos negativos característicos de dicho modelos, que la mayoría de los profesionales no comparte, tales como la intervención llevada a cabo desde la patología sin tener en cuenta el contexto y el entorno de los sujetos; la restricción de la libertad; el avasallamiento de los derechos de todo tipo y el aislamiento de la problemática del contexto en el cual surge, sin relacionarse con la comunidad en donde se origina. Todo lo expuesto se refleja en las siguientes manifestaciones:

“(...) construye la patología, que construye una adicción, que construye un objeto en el cual se le impone desde afuera que esto no lo puede hacer (...)”

“(...) me cuesta entender cuál sería la ventaja de este paradigma (...)”

“(...) desventajas tiene casi, para mi tiene casi todas, (...) es privativo de la libertad, no está basado en derechos, realmente no hay ningún derecho que intervenga en esos aciertos (...), en general el modelo tiende a trabajar a la problemática fuera de la comunidad donde se origina (...)”

 Vigencia del modelo abstencionista en el Programa, en profesionales y otras instituciones.

Este modelo actualmente se encuentra vigente en diferentes instituciones, en los profesionales y se ve reflejado en las intervenciones de los mismos pero no es un modelo tan dominante como en el momento de su surgimiento, ya que está siendo reemplazado por otras posturas como el modelo de reducción de daños. Pero esto no quiere decir que hoy, ambos modelos no coexistan hasta en una misma institución. Esto lo vemos reflejado en las siguientes citas de las entrevistas:

“(...) hay intervenciones que apuntan a ser abstencionistas o que estén más digamos operando al modo de una abstención, pero si, de hecho es un modelo en las comunidades terapéuticas es un modelo que rige el abstencionista (...)”

“(...) son modelos que coexisten (...) se van como mezclando digamos estos paradigmas (...)”

 Opinión profesional sobre el modelo abstencionista.

Tal como fue mencionado anteriormente el modelo abstencionista propone realizar intervenciones orientadas a eliminar el uso de drogas. Desde esta postura, la educación sobre drogas (habitualmente denominada prevención primaria) tiene como objetivo disuadir a la población de la utilización de estas sustancias, en tanto que la asistencia a

los usuarios de drogas se centra en la suspensión del consumo, la que muchas veces es condición necesaria para iniciar un tratamiento.

Además estos dispositivos de poder establecen sistemas de valores y creencias donde la REEDUCACION es el centro. El sujeto se ubica en lugar de enfermo y se entiende a la enfermedad como una desviación de los valores socialmente reconocidos, los cuales deben ser reconducidos, por un saber médico, científico y avalado por el poder estatal. Es por ello que los profesionales realizan fuertes críticas a este modelo (sin posicionarse desde el mismo), tal como afirman a continuación:

“(..) donde quizás las intervenciones están más puestas, y esta es mi lectura, desde una cuestión quizás de una sanción moral de lo que está bien y lo que está mal a pensar la problemática como un modo de sufrimiento del sujeto, me parece que en un modelo abstencionista se abstrae más el objeto como droga o como sustancia en este caso sería el juego como el objeto elegido para, y entonces recae la mirada sobre por ejemplo se cierran salas de juego y toda esta cuestión dejando por fuera la elección que hace el sujeto respecto de eso.”

“(..) tiene que ver cómo uno éticamente se posiciona y concibe no solo la problemática, el sujeto, como sujeto de derecho.”

“(..) yo no me posiciono desde ahí (...)”

 Conceptualización y características del modelo de reducción de daños.

Uno de los objetivos principales del modelo de reducción de daños es disminuir los riesgos y daños relacionados con el consumo de drogas y sus patrones de uso. Lo que también implica necesariamente la disminución de los daños sociales y subjetivos relacionados con la penalización y prohibición. Entre los daños a reducir figura la criminalización. Y otro aspecto importante es que propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.

Los profesionales plantean que lo que caracteriza a este modelo es disminuir el malestar del sujeto que consume reduciendo los daños del consumo como objetivo final, se trabaja con las repercusiones que el consumo tiene sobre el individuo y no desde el consumo en sí mismo. Entienden al sujeto como sujeto de derechos, dándole mayor participación al sujeto en la responsabilidad de su elección, que a diferencia del modelo abstencionista no lo sanciona moralmente. Además entienden la problemática del consumo desde el contexto particular del sujeto. Reflejamos lo mencionado en lo siguiente:

“(...) la reducción de daños digamos que pone el acento sobre posibilitar al sujeto reducir su malestar (...) no es un síntoma aislado del contexto histórico particular de ese sujeto (...) se responsabiliza al sujeto de su acto, se le da una mayor participación en la responsabilidad de su elección, no se sanciona moralmente, uno no es el que dice si está bien o está mal, de ultima trabaja si esa elección pone en riesgo su vida o la de terceros, bueno se va trabajando en que ese daño empiece a reducirse pero no si está bien o está mal que juegue o que consuma.”

“(...) el modelo de reducción de daños con trabajar este objetivo como objetivo final, en realidad empezar a trabajar desde este sujeto como un sujeto también de derechos (...)”

“(...) ya no se trabaja con que el problema por ejemplo del consumo, por decirlo en estos casos sea que lo consuma en sí mismo sino las repercusiones que tiene sobre el individuo (...)”



Ventajas y desventajas del modelo de reducción de daños

Al analizar esta categoría recordamos lo planteado anteriormente por los profesionales, el hecho de no analizar los modelos a partir de ventajas y desventajas, sino comprendiéndolos como posicionamientos éticos.

Sin embargo los profesionales resaltan la importancia del modelo de reducción de daños, el cual está basado en un fuerte compromiso con la salud pública y derechos

humanos, con el fin de beneficiar tanto a los pacientes, como a sus familias y comunidades, respetando a los individuos y ayudándolos en todas las circunstancias a aumentar las oportunidades de mejorar su salud, como lo muestran los siguientes fragmentos:

“(...) Yo no considero a los modelos en cuestión de ventajas y desventajas, me parece que son posicionamientos éticos porque tiene que ver como una concepción también que vos tengas del sujeto y de lo que se concibe como síntoma o como problemática (...)”

“(...) la fortaleza del otro paradigma o del otro modelo tiene que ver en concebir al sujeto o sea desde sus derechos y desde sus posibilidades (...)”

 Vigencia del modelo de reducción de daños en el Programa, en profesionales y otras instituciones.

Actualmente es un modelo que se encuentra vigente en el Programa Juego Responsable, en los profesionales y en otras instituciones, pero cabe aclarar que aun existe la implementación del modelo abstencionista por lo que ambos modelos coexisten. Los profesionales refieren:

“(...) desde el Programa trabajamos, la mirada interdisciplinaria es sobre la reducción de daños, es como el direccionamiento político de ahí en más cada profesional eso es una posición ética (...) como lineamiento de equipo, como política institucional y se trabaja más con la idea de la reducción de daños (...)”

“(...) son modelos que coexisten (...) la ambigüedad esta en el Programa, en los profesionales porque no estamos exentos a todos estos cambios (...)”

 Opinión profesional sobre el modelo de reducción de daños.

Con respecto a la opinión sobre el modelo de reducción de daños, los profesionales refieren que desde su posicionamiento ético adhieren a dicho modelo,

caracterizándolo como un modelo que aporta mayor participación al sujeto en la responsabilidad de su elección; sin sancionarlo moralmente y que le permite al sujeto ser incluido en un sistema de salud según su realidad y problemática, respetando las diferencias y los derechos humanos de todos los ciudadanos. Algunos fragmentos de lo que expresan son los siguientes:

“(...) con el modelo de reducción de daños digamos que se responsabiliza al sujeto de su acto, se le da una mayor participación en la responsabilidad de su elección, no se sanciona moralmente, uno no es el que dice si está bien o está mal, de ultima trabaja si esa elección pone en riesgo su vida o la de terceros, bueno se va trabajando en que ese daño empiece a reducirse pero no si está bien o está mal que juegue o que consuma.”

“(...) yo me siento más cómoda, tengo el convencimiento que el otro paradigma es lo que permite que el sujeto tenga, se encuentre incluido o tenga posibilidades de incluirse en un sistema de salud de acuerdo a su realidad y a su problemática (...)”

Por otra parte podemos observar que los profesionales no lo consideran como un modelo acabado de intervención sino que se mantiene en constante construcción y ampliación, incorporando nuevos aspectos continuamente; así lo expresan en sus citas textuales:

“(...) creo que uno no trabaja desde un modelo terminado o sea es como que en la actualidad al seguir capacitándose, al seguir investigando y sobre todo leyendo es como que uno se empieza a dar cuenta que los modelos responden a una construcción en un determinado momento y creo que es superador al abstencionismo (...)”

Por otra parte, para determinar si logramos cumplir otro de los objetivos específicos, que es el de establecer si el desempeño de los profesionales, en el Programa Juego Responsable, se realiza desde la interdisciplinariedad, es que interpretamos las categorías que mencionamos a continuación:



Funciones y actividades del ejercicio profesional.

Entendemos al ejercicio profesional como el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención, donde la profesión se inscribe como practica partícipe de la dinámica social.

En este apartado señalamos las funciones y actividades de los profesionales del Programa Juego Responsable, y destacamos que si bien son tres profesiones diferentes como la psicología, psiquiatría y trabajo social de las cuales tienen su especificidad como: el rol de la psicóloga de ser jefa y que lleva a cabo tratamiento de terapia, y desde el psiquiatra quien diagnostica las estructuras de personalidad de los cuales a muy pocos pacientes medicalizados. Pero al trabajar de manera integral e interdisciplinaria las funciones y actividades son comunes a los tres profesionales, como por ejemplo las entrevistas de admisión, aportar a los diagnósticos, entre otros. Esto se refleja en lo siguiente:

“(...) estoy como jefa del Programa, y atiendo como la asistencia, como psicóloga (...) actividades que tienen que ver con la promoción, la prevención y toda la parte organización administrativa, toda una tarea que tiene que ver también con la comunicación que se le llama abordar la problemática intersectorialmente (...) participar de los proceso de admisión del pacientes, poder aportar diagnostico aproximativo de la situación, y sostener los tratamientos, las orientaciones familiares, los talleres informativos y toda actividad que se proponga con lo que tiene que ver la que promoción (...)”

“(...) yo estoy en la parte de asistencia que es donde nos encontramos en este programa, en la parte de admisión de los equipos, del equipo interdisciplinarios esa sería la función más fuerte por decirlo de alguna forma (...) ver como se está, cómo es que llega ese sujeto, cuál es su historia, cuál es su familia (...) cómo este sujeto llega y cómo es que se puede llegar a establecer esta relación entre esta problemática, su historia y sobre qué política por ejemplo públicas en este momento y acá de salud mental este paciente puede a quedar incluido (...) saber cuáles son los derechos que ha estado vulnerados, cuál es su situación, si ha recibido un tratamiento previo, si es la primera vez

que consulta, si es la única situación de riesgo que hay a nivel de su salud mental, si viene acompañado, que factores protectores hay, que factores de riesgo (...)

“(...) apoyo el trabajo interdisciplinario, desde mi profesión pesquise situaciones de riesgo (ej. Internación), diagnóstico según la estructura de personalidad, acá en el Programa no medicalizo a casi nadie.”

Formación académica y especialización del profesional.

En el Programa encontramos las siguientes profesiones de grado psicología, trabajo social y psiquiatría. Las especializaciones de los tres profesionales tienen que ver con la salud mental, cuyas formaciones las realizan continuamente. Además dos de ellos destacan la residencia interdisciplinaria en salud mental que llevaron a cabo. Señalando:

“La licenciatura en psicología (...) especialización en problemáticas de consumo.”

“Licenciatura en Trabajo Social, después hice la residencia interdisciplinaria en salud mental (...) y las capacitaciones que yo he hecho tiene que ver básicamente con el área de la salud mental (...)

“(...) el título de posgrado que tengo yo es de Psiquiatra (...) he hecho la residencia, ahora me estoy formando en bioética (...)

Conceptualización y características de la interdisciplina.

Según Follari (1989) el trabajo interdisciplinario lo entiende como “el logro de una conjunción teórica nueva más allá de las disciplinas particulares puestas en curso (...) solo hay interdisciplina cuando hay portadores de las diferentes disciplinas, por ejemplo, un sociólogo, un antropólogo, un psicólogo, un epistemólogo y también un trabajador social trabajando juntos”.

Uno de los entrevistados refiere: *“(...) como la problemática es compleja lo que hacemos es trabajar tanto con la disciplina, desde la psiquiatría, del trabajo social y desde*

la psicología que aporta cada uno desde su mirada para construir ese caso particular, entiendo que eso es la interdisciplina.”

Además el concepto de interdisciplina implica también la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber, dadas las características de los escenarios actuales (incertidumbre, incremento de las desigualdades y crecimiento de la exclusión social).

Según las palabras de Carballada (2008) “La interdisciplina es un lugar que se construye cotidianamente en función del diálogo que instaura la intervención, generándose de esta forma un punto de encuentro. Así la interdisciplina puede construirse o no en forma cotidiana y tiene "momentos" de expresión convirtiéndose así en una entidad esencialmente dinámica”.

Todos los profesionales entienden que el trabajo de manera interdisciplinaria es una construcción y que la misma está relacionada con el posicionamiento de los profesionales intervinientes. Además señalan que es compleja esta construcción pero que permite ampliar las miradas disciplinares. Lo expuesto lo expresan a continuación:

“(...) qué es posible hacer desde cada disciplina, y cada disciplina da su aporte no hay una mirada hegemónica, eso se construye y lo hemos hecho con mucho esfuerzo y muchas horas de trabajo en equipo, no está dado la interdisciplina no está dada en ningún equipo, se construye a veces hay posiciones diferentes y se da espacios a la discusión y a la diferencia también, cuando no hay acuerdos siempre se pide una supervisión u otra mirada para que intervenga, pero así concebimos nosotros la interdisciplina.”

“(...) yo creo que la interdisciplina es un posicionamiento, básicamente que tiene que ver con un posicionamiento y una actitud del (...) tiene que ver con un posicionamiento en cuanto al concebir las problemáticas complejas, desde lo cual uno desde su propio campo disciplinar tiene un límite y solo puedes entender desde un recorte y el entender también tiene que ver con cómo uno va plasmando su práctica, poder entender a este proceso como complejo te hace entender que necesitas desde otras disciplinas aportes, miradas, espacios de discusión, debates y desde ahí poder construir

un modo de abordaje, y sobre todo un modo de pensar y de concebir a los sujetos con los que realizamos las prácticas.”

“(…) lo q permite la interdisciplina es abordar casos con más complejidad, permite ampliar las miradas profesionales, poder realizar un diagnóstico más complejo y más justo (….) pero también la interdisciplina te lleva tiempo y que cada profesional tenga predisposición para trabajar de esa forma, es complicado. Además creces como profesional y también un crecimiento institucional.”



Aplicación del trabajo interdisciplinario.

Cuando hablamos de trabajo interdisciplinario nos referimos al hecho de que la interdisciplina es una concepción holística de la realidad; la considera como un TODO, por lo que es más que la suma de las partes. Los profesionales refieren que al trabajar interdisciplinariamente no tienen una visión hegemónica del problema ya que la intervención la construyen conjuntamente lo que reflejamos en las siguientes citas:

“(…) lo que hacemos es trabajar tanto con la disciplina, desde la psiquiatría, del trabajo social y desde la psicología que aporta cada uno desde su mirada para construir ese caso particular, entiendo que eso es la interdisciplina, ninguno de nosotros se inmiscuye en el trabajo del otro ni se tiene una visión hegemónica del problema (….) eso se construye y lo hemos hecho con mucho esfuerzo y muchas horas de trabajo en equipo, no está dado la interdisciplina no está dada en ningún equipo (….)”

“(…) en las entrevistas de admisión estamos Virginia, Gabriela y yo, uno de los tres en función del paciente y la consulta es quien toma la posta en la entrevista, en la entrevista de admisión nosotros escuchamos para generar confianza con el paciente y empezar a trabajar (….)”

Además es necesario destacar que por la naturaleza misma del trabajo social, tanto los estudios y formación de los trabajadores sociales, como las características de sus actividades tienen un carácter interdisciplinario: la experiencia de la realidad que se

confronta y sobre la que se actúa nunca se presenta fragmentada, sino en términos de totalidad.

“(...) es bastante complejo el proceso de la interdisciplina porque como te dije es un posicionamiento de cada uno de los profesionales, por ahí con algunos se facilita más (...) la postura del profesional que permita la participación de otras disciplinas desde una igualdad o sea me parece que ese es el sentido de poder construir, sino es como bastante difícil y la verdad que este posicionamiento de la interdisciplina requiere de mucho entrenamiento y no es fácil sostenerlo, así que bueno, es complejo, no siempre podemos hacerlo en la práctica (...) sobre todo con los tiempos del Programa (...) hemos podido mantenerlo, en algunos momentos no y en otros sí, pero creo que la lógica es poder, por lo menos ,si no están esos espacios buscarlos, la interdisciplina.”

Por otra parte los profesionales dejan en claro las dificultades que deben afrontar a la hora de implementar el trabajo interdisciplinario, como el hecho de la escasa carga horaria, el alto número de pacientes, etc., expuesto en los siguientes fragmentos:

“(...) desde lo formal es muy difícil sostenerlo, porque como te digo, es tan poca la carga horaria (...), por ahí más el equipo lo propicia desde la informalidad que desde lo formal, porque una reunión de equipo a nosotros nos implica dos o tres horas, y si tenemos cinco y tenemos pacientes, no vamos a poder hacer una reunión de dos o tres horas.”

“(...) por ahí trabajas interdisciplinariamente sin necesidad de juntarte a parte para debatir el caso (...) si establecemos una frecuencia para trabajar como siempre cada quince días, si es necesario trabajar algo y si no lo vamos trabajando así cuando falta un paciente en horario antes de que comiencen las entrevistas.”

Finalmente los profesionales caracterizan la puesta en práctica del trabajo interdisciplinario dentro del Programa:

“(...) si ustedes pudieran observar una entrevista interdisciplinaria difícilmente pudieran ver cuál es el rol de uno u otro, a no ser la parte específica (...) en realidad concebimos a la salud mental desde un lugar similar (...)”



Ventajas y desventajas de la interdisciplina.

La interdisciplina, se puede presentar como una oportunidad para desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia al individualismo, donde la "competencia " individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesada por la lógica de la empresa en tanto "costo- beneficio".

Los profesionales describen que en el trabajo interdisciplinario encuentran más ventajas que desventajas, el mismo aporta una concepción crítica y holística de la problemática, la posibilidad de construir, de aprender del otro, y el apoyo moral en la toma de decisiones, y por otro lado, señalan que las desventajas tienen que ver con limitaciones institucionales como la carga horaria, y la predisposición de los profesionales para trabajar de esta forma. Lo mencionado lo observamos en las siguientes expresiones:

“(...) yo encuentro más ventajas que desventajas, o sea para mí la ventaja de la interdisciplina es...poder sumar aportes desde otras disciplinas y que ese aporte sirva también como una propuesta crítica (...) es una ventaja para poder pensar de otra manera la problemática, o la problemática que hace pregunta en ese caso, entonces nosotros al menos a nivel de equipo no lo hemos vivido como una desventaja porque concebimos que trabajar interdisciplinariamente es aceptar también la propuesta del otro, el punto diferencial del otro, como así también los acuerdos pero nos parece que siempre es un aporte que va sumando eso...no trabajar de forma interdisciplinaria creo que cualquier profesional de esas disciplinas se queda muy solo en el trabajo y termina siendo una mirada reduccionista del problema.”

“(...) yo creo que lo institucional porque es la poca carga horaria destinada a poder pensar algo tan complejo (...)”

“(...) las ventajas bueno la posibilidad del construir (...) la posibilidad de aprender del otro, de negociar espacios de que a veces son negociaciones difíciles de digamos de intervenciones (...)”

“(...) lo q permite la interdisciplina es abordar casos con más complejidad, permite ampliar las miradas profesionales, poder realizar un diagnóstico más complejo y más justo (...) pero también la interdisciplina te lleva tiempo y que cada profesional tenga predisposición para trabajar de esa forma, es complicado, además creces como profesional y también un crecimiento institucional (...) trabajar de manera interdisciplinaria te da apoyo moral, las decisiones se toman en conjunto y todos apoyamos la decisión tomada, ahí se generan los consensos, hay límites profesionales pero hace a la riqueza del intercambio.”

En lo que respecta al objetivo específico de determinar si el trabajador social en su intervención profesional, desarrolla un abordaje familiar, desarrollamos las siguientes categorías a fin de establecer si logramos corroborarlo.



Conceptualización y características de la intervención profesional.

Debemos comprender la intervención profesional del trabajador social considerando que intervenir significa tomar parte de una acción con la intención de influenciarla, la intervención del trabajador social consiste en permitir a la persona/sujeto desarrollar sus capacidades, ayudarlo a modificar su situación y finalmente ayudarlo a resolver sus problemas. Sin dejar de considerar a este sujeto como un SUJETO DE DERECHOS, participe en la toma de decisiones relacionadas a resolución de sus problemas. Lo mencionado lo podemos visualizar en los siguientes fragmentos:

“(...) yo me sigo apoyando en que nuestras intervenciones meramente tienen que ver con el poder tomar el discurso de las personas con las que trabajamos, que son sujetos independientemente de donde sean, y poder enmarcarlos en el ámbito de los derechos, enmarcarlos, decir bueno a ver esta persona si tiene este tipo de situación (...), cuál es su vulnerabilidad más allá de decir bueno una situación de pobreza extrema, sino un grado de una demanda que se abre por algún tipo de situación problema en la cual

nosotros tomamos esto y vemos, somos como meramente articuladores de estas políticas públicas, en las cuales por algo esta persona quedo al margen o vulnerable, entonces me parece que el poder enmarcarse siempre en el ámbito de los derechos es lo que nos da como la línea rectora de la práctica (...)”

“(...) de decir no importa si es un estudiante que no tuvo acceso a una beca o si es un paciente que tiene una problemática con su familia, o sea haber los dos tienen derechos, los dos podemos recibir y siempre dar el mejor de atención nosotros, cuál sería el mejor tipo de atención (...)”

“(...)a ver los derechos humanos son uno solo, es el mismo documento en el cual se van tomando desde la salud mental, del derecho a la educación, entonces bueno, el poder traducir este espacio me parece que es un ámbito muy rico y que es propio nuestro, del trabajo social, de cómo uno va viendo cómo llega esa política pública, llego, no llego, cómo se traduce en esta familia, si esta persona queda fuera, qué otras posibilidades puede desarrollar él y en qué otras cosas acompañamos, ahí independientemente del lugar en donde desarrollemos nuestra práctica.”

A su vez debemos agregar que la intervención profesional es tanto un lugar donde se juega una visión teórica-ideológica específica, como un espacio de acción-con-sentido sobre la realidad, es decir, que esa práctica llevada a cabo por el profesional se encuentra sustentada y articulada a una teoría e ideología propia de cada trabajador social, lo cual es inferido a partir de las siguientes frases:

“(...)yo estoy en una etapa de la vida donde he podido integrar varias cosas, creo que ya llega un momento en la cual una tiene un posicionamiento ético y donde realmente la profesión pasa a ser una herramienta en la cual una la utiliza en distintos lugares pero desde una construcción que uno va haciendo y no es diferente, o sea por ahí lo que cambia son los objetivos institucionales pero la intervención pasa a tener características que vos misma la haces de impronta, no me parece diferente en eso, (...)”

Finalmente, los profesionales destacan que algunos colegas no tienen una mirada integral en sus intervenciones, lo que impide un compromiso político y

social con el ejercicio profesional, sin tener como eje los derechos de los sujetos. Esto lo reflejan en la siguiente afirmación:

“(...) pero me parece por ahí que lo que no se trabaja mucho y no sé si es de la misma facultad o desde la formación de base o después la formaciones que uno elige(...), que se ha perdido esta función un poco más política de poder trabajar desde un lugar más desde social más comprometido (...) es lo que yo he visto en otros colegas, son todas intervenciones individuales, fragmentadas, sectoriales, puntuales que en realidad resuelven a nivel de una situación problema pero no generan nada más digamos, no movilizan o no informan sobre todo a nivel de los derechos o de que otras cosas podrían suceder y creo que eso es lo que marca la diferencia en las intervenciones (...)”



Tipos de intervención profesional.

Entendemos a la realidad como una construcción continua, compleja, cambiante y particular según el contexto histórico y social. Y al sujeto que además de estar inserto en esta realidad es complejo y activo productor de su propia realidad, que al interactuar con otros, comparte y construye significados y representaciones sociales. Por lo que la intervención profesional del trabajador social debe llevarse a cabo desde la concepción de la integralidad, ver al sujeto en sus diferentes dimensiones, contextos sin dejar de tener como eje el objetivo institucional.

“(...) desde esta mirada de la integralidad que uno intenta hacer, porque es una construcción yo creo que terminas trabajando desde ahí, digamos puedes en una entrevista (...), focalizar en la entrevista en algo más puntual que requiere una persona pero no dejas de tener una visión más integral, puedes priorizar objetivos para trabajar y puedes priorizar intervenciones pero no quiere decir que no pierdas la capacidad de entender esa persona desde su integralidad, entonces me parece que tiene que ver con eso por ejemplo el ejemplo del Programa, o sea yo sé que tengo esta posibilidad de trabajar cinco horas y media pero no dejo de pensar que esa persona tiene otras dimensiones en la cual diariamente está incluida o no y que podrían hacerse digamos, que pertenece a un lugar, que pertenece a una historia, que tiene contacto con otras instituciones, con otras redes, que se podrían generar otros movimientos sociales a nivel

de ONG o de familiar con esta problemática, o sea yo lo sigo pensando pero sé que el objetivo institucional es este, pero también uno en la entrevista siempre tiene la posibilidad de incluir esto, por fuera del objetivo a lo mejor institucional que tiene que ver con el compromiso ya más político de nuestra función, básicamente en los derechos.”

Conceptualización del abordaje familiar.

Cuando nos referimos al abordaje familiar debemos comprender que atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Es un proceso de ayuda dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social, tendiente a activar cambios frente a los problemas familiares que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social, lo cual no necesariamente implica una intervención directa con las familias en sus viviendas, sino desde una intervención integral. Esto queda expresado en las citas textuales:

“(...) yo creo que, lo que yo entendí cambió en el momento de cuando yo me forme a cuando yo lo he realizado, me parece que en realidad el abordaje familiar uno lo entendía como un modelo de abordaje directo con la familia, esto de bueno entonces trabajamos con esta familia a ver cuál es el problema (...), me parece que uno puede estar trabajando desde el sujeto con una perspectiva integral, con su familia por más que no esté físicamente, pasa a ser una integralidad y una parte de un sistema digamos, esté o no presente (...)”

“(...) en realidad me parece que lo importante es poder aprender digamos estos conceptos pero practicarlos desde otro lugar porque si no tampoco tiene sentido citar la familia para hacer un pleno abordaje porque uno entendió lo que era un abordaje familiar sino tampoco tiene una visión de integralidad digo hay que ver para qué lo citas desde una mirada reeducativa, rehabilitadora de qué digamos, o sea cuál es el modelo, cuál es el sentido, cuál es el objeto (...)”

Implementación del abordaje familiar.

En cuanto a la implementación de un abordaje familiar en el Programa Juego Responsable la trabajadora social no la definiría como un abordaje en sí mismo ya que por limitaciones institucionales no se acompaña a la familia en todo el proceso sino que el contacto con la familia lo llevan a cabo de manera voluntaria por parte de esta, ya que los pacientes son mayores de edad. Refiere que realizan intervenciones profesionales y que se hacen en el marco de la familia (entrevistas familiares) pero que queda mucho por hacer como un trabajo más sistematizado. Con respecto a la frecuencia del contacto con la familia plantea que aproximadamente es cada quince días.

“(...) abordaje completo no sé si sería un abordaje, en realidad nosotros tenemos una serie de entrevistas familiares que por ahí para ser abordaje yo creo que podría haber sido un trabajo más sistematizado y con más tiempo en el cual, por ahí se acompañara a la familia en todo el proceso, en este caso el contacto con la familia es meramente voluntario y lo construye también la familia y el paciente, o sea no es obligatorio (...) yo no he podido sistematizar esa práctica, de decir bueno, esa parte que a lo mejor hubiese servido para futuras intervenciones o futuros proyectos (...) por eso no sé si es un abordaje en sí, si son intervenciones profesionales y que si se hacen en el marco de la familia pero que queda mucho por hacer (...), por hacer un trabajo más sistematizado, por buscar si hay otras profesiones que también podrían ayudarnos en este abordaje, armar un grupo (...)”

“(...) por ahí el turno tiene que ser cada 15 días, o sea el mismo sistema como está armado el Programa no está pensado para esto, esta desde la asistencia individual (...)”

Participación de la familia en el proceso de intervención.

En el desempeño profesional del trabajador social, el análisis y la intervención con familias se orientan hacia la búsqueda de significados lo cual permitirá intervenir buscando transformaciones, es decir, construyendo la visión particular del acontecimiento que convoca a la intervención posibilitando una visión y una aproximación integrales del proceso familiar, tendiendo a realizar intervenciones que tengan efectos a mediano y largo plazo, que en el caso particular del Programa Juego Responsable es un proceso

que se va construyendo conjuntamente con los pacientes y familiares, teniendo en cuenta las limitaciones físicas y horarias antes mencionadas:

“(...) en este caso el contacto con la familia es meramente voluntario y lo construye también la familia y el paciente, o sea no es obligatorio y por ahí hay familias que uno ve que quisieran permanecer en este espacio de salud mental, porque nos pasa que por ahí también nos damos cuenta que ellos necesitan un espacio en el cual entender la problemática, tener un espacio en el cual ver cómo pueden ellos acompañar el proceso terapéutico y siempre que se pueda en el Programa este proceso se acompaña (...)”

“(...) si la familia lo demanda está (...) lo que pasa que por ahí el turno tiene que ser cada 15 días, o sea el mismo sistema como está armado el Programa no está pensado para esto, esta desde la asistencia individual, entonces por ahí si te lo permite el Programa si vos lo empezás a citarlos lo ves cada 15 días, los casos más complejos también se arma como parte de un pacto de trabajo, pero el poder tener, decir bueno el Programa tiene un abordaje familiar requeriría más horas de trabajo, otro profesional o más de un profesional o de otra disciplina que nos ayudara, o que armara o que pensara el abordaje familiar también desde lo interdisciplinario, de armar un grupo, de ver si te puede acompañar otro proceso que la misma familia active (...)”



Posicionamiento profesional sobre el abordaje familiar

El posicionamiento de la trabajadora social es que para que se lleve a cabo un abordaje familiar requiere de un trabajo más sistematizado, más horas de trabajo, otras disciplinas que acompañaran este proceso, entre otras cosas. Además su intervención profesional se realiza de manera integral y trabaja con el sujeto viendo aspectos familiares aunque no trabaje directamente con este grupo primario.

“(...) si en realidad abordaje completo no sé si sería un abordaje, en realidad nosotros tenemos una serie de entrevistas familiares que por ahí para ser abordaje yo creo que podría haber sido un trabajo más sistematizado y con más tiempo en el cual, por ahí se acompañara a la familia en todo el proceso (...)”

“(...) decir bueno el Programa tiene un abordaje familiar requeriría más horas de trabajo, otro profesional o más de un profesional o de otra disciplina que nos ayudara, o que armara o que pensara el abordaje familiar también desde lo interdisciplinario, de armar un grupo, de ver si te puede acompañar otro proceso que la misma familia active, pero bueno me parece que también es una deuda pendiente a sistematizar y armar de mayor complejidad, pero bueno todavía, o sea yo creo que se hace pero es como todavía muy micro, (...) es un objetivo si desde el Programa pero no todavía desde la institución que decide sobre el Programa, no sé si se entendió, esta medio complejo.”

“(...) me parece que uno puede estar trabajando desde el sujeto con una perspectiva integral, con su familia por más que no esté físicamente digo pasa a ser una integralidad y una parte de un sistema digamos (...)”



Apreciación del rol del trabajador social

Retomando la definición del rol del trabajo social, el cual es “el comportamiento o papel que debe desempeñar un Trabajador Social tomando en cuenta la posición o status que ocupa dentro de la sociedad. En un sentido más restringido se habla de "roles profesionales" a aquella función que se desempeña y que los otros esperan que desempeñe, aquellos que ejercen una determinada profesión, estas funciones son reconocidas por los demás profesionales del equipo interdisciplinario:

“(...) el aporte de un trabajador social es diferente de la mirada del psicólogo o del psiquiatra, digo, el aporte que puede hacer en relación a un diagnóstico social y con social digo desde un contexto familiar, desde un contexto comunitario siempre es diferente a lo que puedo estar escuchando yo, lo que puede estar escuchando el psiquiatra, el tema es poder respetar esos aportes pero claro es valioso por supuesto.”

“(...) aunque todavía falta muchísimo por hacer (...) en algunas cosas se avanza y en otras cosas falta mucho (...), es más difícil poder decir bueno a ver cuál es el espacio que tiene Trabajo Social acá, por qué se concibe desde lo social, desde el momento que uno lo concibe social a la problemática entra a jugar otros factores que tienen que ver con

lo ambiental, lo familiar, lo laboral, lo social, lo económico, lo vincular, todo esto hace que sea necesario que nosotros estemos sobre todo en el ámbito propio para mí del Trabajo Social en este Programa que tiene que ver en cómo se puede visualizar esta vulnerabilidad que tiene el sujeto que tiene una problemática de consumo”

“(…)tiene que ver con poder entender el trabajo social desde otro lugar, por ejemplo de lo preventivo, lo territorial, lo intersectorial, el poder realizar otras acciones, ya sean grupales, a nivel familiar, que bueno obviamente no lo podemos hacer, no yo sola, digamos no se puede, tiene que haber una decisión institucional en el cual la autoridad crea que sea necesario de que todas estas otras acciones hagan a la salud mental, todo esto me parece que queda por trabajar, entonces bueno falta muchísimo en el Programa.”

“(…)¿un estereotipo? si en algunos casos si, depende en la entrevista de admisión por ejemplo no, si bien uno se presenta desde lo interdisciplinario y también diferencia la licenciada y las especialidades de cada uno, llega un momento de la entrevista que se desdibuja estas diferencias (...) la misma persona a veces te dice "porque no cierto doctora", es como que se pierde esto de las diferencias, porque en realidad no es el objetivo de la entrevista, por ahí cuando uno empieza ya con el acompañamiento más individual de las personas que asisten, o de la familia en algunos casos si me ha pasado de que están más ligados al rol más tradicional del trabajo social de la inclusión en distintos programas por ejemplo "porque yo no tengo vivienda licencia", "porque yo no consigo trabajo" o sea desde ese lugar como que me parece que es más ligado a una historia más asistencial del trabajo social pero en realidad a nivel de lo terapéutico en sí en salud mental no lo veo tanto, (...) en el ámbito de salud mental como ya hay una fuerte impronta acá o en el hospital que el trabajo es interdisciplinario y que de momento que se presentan las tres disciplinas juntas pasa a ser una visión de equipo, me parece que eso está bueno digamos, como que se diluye esa diferencia mientras a vos, no se le confunde el profesional de alguna forma, mientras vos sepas cuál es tu campo de trabajo, cuál es el del otro, hasta dónde tenés un límite en cual terapéuticamente vos no podés ayudar a otra persona y eso es una realidad y que corresponde a otras disciplinas me parece que no tiene mucho sentido esa división, me parece que tiene que ver con una postura profesional y de límites que lo tiene que tener el profesional no sé si la persona (...)”

“(...) básicamente complementa la mirada interdisciplinar, pensado esto desde una lógica interdisciplinar muchas veces no hace falta mucho más que eso para justificar la importancia del rol, pero bueno a parte también porque es un punto de vista de la salud integral digamos nosotros los profesionales que estamos formados desde el paradigma de la enfermedad, nos cuesta posicionarnos de otros lados (...)”

“(...)no estaría bueno que nosotros tengamos que hacer ese esfuerzo solos de posicionarnos de otro lado cuando tenemos la posibilidad de trabajar con un profesional que ha sido formado con otra mirada, te nutre, te enriquece, (...) por eso para mí la residencia esta buena, ese ejercicio, tiene un montón de defectos y todo, pero uno se forma ya trabajando desde la interdisciplina y probablemente yo no tendría la mirada que tengo hoy de la patología, cierto, influye también en el criterio que después tiene un profesional y por eso más allá de las personas esta bueno que este el rol del trabajador social jugando fuerte en la interdisciplina.”

Finalmente para alcanzar el objetivo específico de comprender la situación actual de las adicciones en función del contexto histórico, surgen categorías emergentes que exponemos a continuación:

Emergente de la ley y derechos humanos

Actualmente se encuentra en desarrollo un nuevo paradigma basado en los derechos humanos en la salud mental, los autores De Lellis, M. y Di Nella, Y. (2007), afirman que *“(...) no hay salud mental posible, donde no se garantizan los derechos humanos (...)”*. Esto lo vemos reflejado en lo dicho por los entrevistados:

“(...) empieza también a haber teorías que tengan que ver en que el sujeto es un sujeto de derecho y también de que elige (...)”

Es importante señalar uno de los puntos que les preocupan a los autores y el cual es *“(...) la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención (lo que conlleva la actual inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental por parte del Estado).”* Y que si bien está vigente

la Ley Nacional de Salud Mental todavía siguen existiendo falencias. Los profesionales refieren:

“(...) si bien existe la ley, todavía no están plasmados todos en lo operativo por decirlo de alguna forma, pero hay una fuerte impronta (...) derechos humanos en salud mental, o sea es como que viene muy fuerte esa idea, si bien todavía faltan los instrumentos de cómo plasmar eso (...)”

A su vez, en el ámbito de la salud mental existe una creciente toma de conciencia respecto a la necesidad de apoyarse en una concepción integral del ser humano. Las dimensiones eco-ambiental, psicosocial y sociocultural. Esto lo mencionamos a continuación:

“(...) esta impronta que tiene la ley básicamente es que todas las prácticas de salud mental se enmarquen en el margen, digamos de los derechos humanos, y eso hace una revisión fuerte en todas las disciplinas y en las posibilidades que tenemos de seguir pensando los sufrimientos mentales como una, desde una sola disciplina o realmente como algo complejo o como algo atravesado por un montón de variables (...)”

Por lo tanto en el año 2010, en la Argentina se sanciona la Ley 26.657, que tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio

En dicha ley, el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos: 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; 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; derecho a poder tomar

decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. Los entrevistados refieren:

“(...) ley ya empieza a ser como una impronta fuerte en el año 2010, en donde el paciente tiene sus derechos a ver la historia clínica, a estar de acuerdo en un tratamiento, al consentimiento informado donde los profesionales tenemos que plasmar en la historia clínica, qué es lo que la institución entiende por tratamiento, por qué se da una medicación, por qué no, (...)”

“(...) transmisión de cómo se está trabajando, que es lo que se va hacer, hacia donde se va apuntar, cual es la concepción que en el equipo se tiene del juego, es un deber del profesional y del equipo interdisciplinario transmitírsele de hecho se firma un consentimiento informado donde el paciente tiene que dar, voluntariamente aceptar (...)”

“(...) la implementación de la ley en la cual empiezan a trabajar fuertemente no solo este modelo sino un pensamiento desde la interdisciplina, de la intersectorialidad, desde el trabajo en terreno, de lo preventivo”

“(...) se trata de que todas nuestras prácticas se enmarquen o se vayan a enmarcando en una construcción en el ámbito de los derechos humanos, acá el trabajo social es el principal actor a la hora de poder traducir esto”



Emergente limitaciones institucionales

Durante el desarrollo de las entrevistas surgieron varios aspectos institucionales que dificultan el quehacer profesional tales como: la poca carga horaria destinada a poder pensar algo tan complejo; dispositivos de intervención meramente asistenciales; elevado número de pacientes y los cambios institucionales en la cual se encuentra el Programa.

“(...)yo creo que lo institucional porque es la poca carga horaria destinada a poder pensar algo tan complejo, entonces es como que el dispositivo estuviese armado para un dispositivo meramente asistencial donde vos tenés que llegar y atender a un paciente tras otro y por ahí es que el equipo piense esto como más desde la división de procesos o de

construcción de derechos, hay épocas que uno cuando hay muchos pacientes, y las demandas son altas, se te dificulta mucho, por ahí cuando más requieren que el equipo este mas afilado para poder ir construyendo más rápido, pero bueno, hay casos que por más que vos quieras ir construyéndolos desde un lugar, tienen sus tiempos, sus procesos, y entonces me parece que el factor que acá juega en contra tiene que ver con esta brecha institucional en la cual se encuentra el Programa, en la cual bueno, al depender de estos dos organismos es muy complicado que se pongan de acuerdo, a ver bueno qué hacemos, aumentamos las horas de personal, aumentamos para que haya proyectos de prevención, de investigación, o prevalecemos nada más que la asistencia para decir que el Programa funciona, por eso creo que el esfuerzo grande lo hace el equipo.”

“(…) siempre hemos pedido más horas para trabajar que tengan que ver con los proyectos preventivos, con los proyectos, imaginate que todo lo que a la ley nos pide en cuanto a trabajar lo territorial, lo intersectorial, lo preventivo, o sea queda perdido y desdibujado, si creo que lo que hemos logrado como equipo es reforzarnos nosotros y hacer una atención enmarcada sobre todos nosotros, en trabajo social en el ámbito de los derechos, que sea un espacio saludable, en que la atención sea gratuita, que sea en tiempo, en forma, que sea accesible todo eso si lo hemos logrado, pero que se concentra solo en lo asistencial individual por ahora (…) tiene que ver con la construcción también de lo ético en nuestra profesión, a ver bueno tengo cinco horas por semana (…) hemos tratado era que lo que estuviese en esas cinco horas fuera de la mayor calidad posible y creo que es lo que ha mantenido al Programa, a los profesionales y a la gente que asiste al Programa.”

Emergente visión de problemática consumo en sociedad y medios

Para comprender la temática de las adicciones es imprescindible contextualizar la sociedad en la cual se desarrollan, la misma se encuentra caracterizada por la preeminencia del consumo, el individualismo, el aislamiento, el hedonismo y la supremacía del mercado. Esta sociedad como una “Sociedad de Consumo”, en la que los sujetos adquieren lo que el mercado, a través de los medios de comunicación les impone. La publicidad es uno de los mecanismos que “ejerce su poder” con más fuerza, a través

de un conjunto de acciones, logrando modificar ideas, imponer modas, convencer, e influir hasta en las decisiones más triviales.

Además en esta cultura del consumo, tal como refiere Kameniecki (1998) "(...) La característica más visible y evidente (...) es estimular el consumo. No solo del hecho de consumir drogas, sino también tecnología, modas, etc. El adicto a las drogas también está sujeto a las leyes del mercado, de la oferta y de la demanda, ya que estas sustancias forman parte del mismo y son productos sometidos a esas leyes (...), el drogodependiente es el consumidor ideal. Nunca deja de consumir." Lo mencionado lo vemos reflejado en los siguientes fragmentos:

"(...) el jugador como todavía juega dentro de un lugar que todavía no se ve, entonces el deterioro es también como un poco invisible, por decirlo de alguna forma, o la problemática está invisibilizada, (...). Con el tema de la problemática del consumo o problemática del juego básicamente está todavía muy invisibilizado, y también desde el Programa siempre hemos tenido esta visión muy cautelosa de no trabajar desde la ludopatía, entonces no es un tema que venda digamos mediáticamente porque en el Programa no se trabaja desde ahí, entonces nosotros pensamos que esta es una problemática tiene que ver con una forma de consumo o de uso digamos problemático de juego, pero no desde un adicto, no desde un ludópata, hasta que no se llegue a un diagnóstico y hasta que no se hayan agotado todas las instancias nosotros no pensamos de esa forma, entonces mediáticamente hay que ver si la sociedad aceptaría un trabajo de esta forma (...)"

"(...) ya no trabajar desde el Plan Provincial de Adicciones con la idea de adicción, sino con problemáticas del consumo directamente como un consumo que generalizado (...), en una sociedad ya de consumo, una problemática de consumo como de distintos tipos de problemáticas, (...) los que actuaríamos seríamos todas las organizaciones de los centros asistenciales de salud, los CPA, los centros de salud (...)."

4.2.2 OBSERVACIONES PARTICIPANTES

En cuanto al análisis teórico de las observaciones participantes realizamos la relación entre la teoría y lo observado, extrayendo fragmentos textuales de los profesionales y notas de campo que vinculamos con nuestros conceptos del marco teórico.

En primer lugar, analizamos la observación participante que realizamos a la reunión del equipo interdisciplinario, a fin de cumplir con el objetivo específico de establecer si el desempeño de los profesionales, en el Programa Juego Responsable, se realiza desde la interdisciplinariedad.

Al realizar el análisis de la observación retomamos las palabras de Follari (1989) quien entiende al trabajo interdisciplinario como “el logro de una conjunción teórica nueva más allá de las disciplinas particulares puestas en curso (...) solo hay interdisciplina cuando hay portadores de las diferentes disciplinas, por ejemplo, un sociólogo, un antropólogo, un psicólogo, un epistemólogo y también un trabajador social trabajando juntos”. La interdisciplina es una concepción holística de la realidad; la considera como un TODO, por lo que es más que la suma de las partes (la realidad nunca se presenta fragmentada).

Además, según las palabras de Carballada (2008) comprendemos que el concepto de interdisciplina implica también la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber. El trabajo en equipo se presenta como una posibilidad de construir algo diferente en la medida que pueda incorporar el concepto de diálogo por encima del de imposición. Una de las primeras cuestiones que aparece como compleja dentro de esta posibilidad se centra dentro de la necesidad de discutir marcos conceptuales generales acerca del proceso salud-enfermedad, en la búsqueda de acuerdos y consensos, alrededor de los derechos de los pacientes, la noción de salud, la visión de "problema social", etc., posiblemente desde allí sea factible la construcción de equipos de trabajo; sosteniendo siempre los espacios de diálogo, donde cada integrante no pierde su singularidad, sino que aporta desde ella desde una relación horizontal. Lo cual queda reflejado durante la reunión interdisciplinaria de la siguiente forma:

“(...) los participantes dejaron en claro la importancia del trabajo interdisciplinario en el tratamiento de los pacientes al referir que “el desconocer el trabajo interdisciplinario pone el riesgo al paciente”, ya que el equipo siempre intenta preservar los derechos de los pacientes y respetar la ley de salud mental. A si mismo enfatizaron el hecho de que estar “acompañados por otros profesionales durante la intervención les genera mayor seguridad” ya que todos asumen el compromiso y la responsabilidad en el abordaje de los pacientes. También se puede observar un constante intercambio de conocimientos, experiencias y opiniones entre todos los miembros del programa.”

“(...) Cabe aclarar que durante todo el desarrollo de la reunión la participación de los profesionales fue activa, sin realizar diferenciación de roles, respetándose mutuamente y sin tratar de imponerse sobre los otros.”

“(...) La interdisciplina es una fortaleza, ya que permite una continua comunicación entre los profesionales, el replanteamiento de la intervención en los diferentes casos y un permanente aprendizaje.”

Finalmente la necesidad de que la intervención profesional se realice de manera interdisciplinaria queda plasmada en lo establecido en el art. 8 de la ley 26.657 de salud mental: “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”. Y la importancia de reconocer los derechos humanos queda reflejada en las palabras de los autores De Lellis, M. y Di Nella, Y. (2007), *“no hay salud mental posible, donde no se garantizan los derechos humanos”*. Lo cual dejamos en claro al tomar las palabras de los profesionales:

“(...) Siempre se deben respetar los derechos de los pacientes, su libertad de decidir sobre el tratamiento y sobre los profesionales que en el actúan, y reconocer que son sujetos vulnerables en el momento de la intervención.”

Por otra parte los miembros del programa también realizaron una crítica del modelo abstencionista, lo que nos lleva a retomar nuestras palabras cuando aclarábamos que el modelo abstencionista propone realizar intervenciones orientadas a eliminar el uso de drogas. Desde esta postura, la educación sobre drogas (habitualmente denominada prevención primaria) tiene como objetivo disuadir a la población de la utilización de estas sustancias, en tanto que la asistencia a los usuarios de drogas se centra en la suspensión del consumo, la que muchas veces es condición necesaria para iniciar un tratamiento.

Estos dispositivos de poder establecen sistemas de valores y creencias donde la REEDUCACION es el centro. El sujeto se ubica en lugar de enfermo y se entiende a la enfermedad como una desviación de los valores socialmente reconocidos, los cuales deben ser reconducidos, por un saber médico, científico y avalado por el poder estatal. Tales aspectos los exponemos al retomar las frases surgidas durante la reunión:

“(...) los profesionales realizaron una crítica al modelo abstencionista, aún vigente en la institución, especificando que el mismo tiene una mirada paternalista de los pacientes; una concepción muy rígida y estructurada sobre el desarrollo del tratamiento; la participación forzada de los familiares en la resolución de la problemática de los pacientes, entre otros.”

En segundo lugar, interpretamos la observación participante que implementamos durante una entrevista llevada a cabo por la trabajadora social al familiar de un paciente. Con esto intentamos alcanzar el objetivo específico de determinar si el trabajador social en su intervención profesional, desarrolla un abordaje familiar.

La trabajadora social comienza la intervención profesional a partir de la demanda que realiza un familiar de un paciente, con la inquietud del tratamiento. Esto lo vemos reflejado en la definición que Carballeda realiza de intervención al reconocerla como un “(...) dispositivo que se entromete en un espacio, en tanto existe una demanda hacia ella. De ahí que la demanda sea el acto fundador de la intervención.”

En cuanto al abordaje familiar se observa que más que un abordaje tiene que ver con la suma de entrevistas familiares, ya que no se realiza un trabajo de sistematización

de todo el proceso de intervención con la familia y el contacto que se realiza con la misma es meramente voluntario.

Durante la entrevista vemos reflejado la posición institucional y profesional según la Ley de Salud Mental 26.657 ya que la profesional reconoce los siguientes derechos de los sujetos: 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; Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia, este derecho lo apreciamos cuando le pregunta al sujeto si está de acuerdo que una practicante observe la entrevista; Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe, en el caso que observamos el familiar se acerca durante el tratamiento, la trabajadora social refuerza la importancia de la contención familiar para la paciente y se le ofrece futuras orientaciones familiares; y al comenzar la entrevista la profesional le explica el funcionamiento y objetivos de la institución y el tratamiento con el paciente, esto se ve reflejado en el 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.

En el encuentro ante la inquietud del sujeto sobre el consumo de la paciente, la profesional destaca la disminución de los riesgos de consumo que ha tenido. Por lo que esto responde al modelo de reducción de daños definida como una política social que tiene como prioritario disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas. Mejorar la calidad de vida de los usuarios (estado de salud, situación social, etc.).

La intervención profesional con la paciente y la familia en todo el proceso se llevó a cabo de manera interdisciplinaria. Debido a la complejidad de la salud mental es necesaria una intervención profesional, que se realice de manera interdisciplinaria. Esta necesidad queda plasmada en lo establecido en el art. 8 de la ley 26.657 de salud mental.

CONCLUSIONES Y APORTES



“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un esfuerzo total es una victoria completa” (Mahatma Gandhi)

Luego de un análisis detallado sobre la intervención del trabajador social en el Programa Juego Responsable, teniendo en cuenta nuestros supuestos teóricos y a la luz de nuestros objetivos, llegamos a las siguientes consideraciones. Cabe aclarar que las mismas están pensadas desde un análisis crítico y reflexivo acerca del proceso investigativo en su totalidad. Dicha conclusión la emprendemos desde una visión basada en los derechos humanos de las personas con problemáticas de consumo y desde una visión ética acerca de las disciplinas que intervienen en la salud mental, específicamente la del trabajo social.

Esta investigación no pretendió ser totalmente exhaustiva de todo aquello que concierne a la salud mental, sino que solo ha emprendido una línea de investigación con relación a la intervención del trabajador social en las adicciones dentro del Programa Juego Responsable. Ni tampoco pretendemos cuestionar el desempeño e intervención de los profesionales.

Comenzamos la tesina con el motivo de indagar sobre las adicciones al juego, centrándonos solo en esa temática, teniendo una visión reduccionista de la complejidad de la problemática. Pero a lo largo de todo el proceso de estudio con la lectura teórica, los cambios institucionales, las concepciones profesionales e institucionales y la implementación de la ley nacional de salud mental ampliamos nuestra mirada, teniendo en cuenta que es una problemática de salud mental y de derechos humanos, siendo imprescindible mantener esta concepción.

En lo que concierne a la elaboración de nuestro marco teórico fuimos incorporando información proveniente de diversos lugares tales como bibliotecas, hemerotecas, internet, cursos, etc., enriqueciéndolo no solo con la lectura de teoría sino también con la participación de jornadas y foros sobre la temática de salud mental y derechos humanos. A partir de esta información logramos ampliar nuestros conocimientos sobre el consumo problemático y actualizarnos constantemente. Por eso nuestro problema de estudio no se limita a una investigación empírica y así es que el marco teórico es una parte esencial a la hora de construir nuestra tesis.

Desde el aporte metodológico, en el proceso de rastreo bibliográfico nos encontramos con diversas dificultades, que demoraron ampliamente dicha tarea, tales como: el escaso material actualizado existente respecto de la problemática, libros sin disponibilidad de acceso, información en internet en su mayoría sin sustento teórico, desinformación en general sobre la temática de problemáticas de consumo, entre otros. Pero dichas dificultades fueron un incentivo que nos impulsaron a continuar en nuestra ardua tarea, y superarlas nos llevó a desarrollar habilidades específicas respecto a la selección, organización y comprensión de la información, habilidades que incluso podríamos transferir a otros contextos académicos y laborales.

A pesar de lo expuesto pudimos contar con la colaboración de la directora de tesis y co-directora quienes pusieron a nuestra disposición sus conocimientos, contactos y material bibliográfico.

Es necesario destacar que todo el proceso de la realización de nuestra tesina está atravesado por cambios institucionales estructurales y coyunturales que limitan en varios aspectos a la misma, como la recolección de datos, el contacto con los informantes claves y la obtención de información. Algunos de estos inconvenientes surgidos se relaciona con que estamos transitando un año electoral lo cual genera intereses económicos y políticos encontrados de dos polos políticos-partidarios, por ejemplo el cuestionamiento de algunos legisladores opositores al funcionamiento, la procedencia y el destino del presupuesto del Programa Juego Responsable y del Instituto de Juegos y Casinos. Esta controversia fue llevada a los medios de comunicación, tales como diarios, noticieros y portales de internet, generando cambios de gestión en las instituciones e inestabilidad en el direccionamiento del Programa. Por lo que se coloca la problemática del juego en un debate público y social.

Más allá de esto logramos continuar con la investigación adaptándonos a los cambios propios de toda institución y a la realidad que es compleja, cambiante y particular según el contexto histórico y social.

Con nuestra investigación nos propusimos, también obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social, a partir de aplicación y posterior análisis de diversas

técnicas que planteamos originalmente como análisis de datos estadísticos, rastreo bibliográfico, entrevistas y observaciones.

En lo que respecta a los datos estadísticos que planteamos analizar, nos encontramos con una poca claridad en el acceso y difusión de la información existente en el Programa Juego Responsable. Uno de estos aspectos se refiere a la desconfianza por parte de la institución de aportar datos que posteriormente se tergiversen, como sucedió en el caso de datos aportados a periodistas que luego adulteraron. Por dichos motivos tuvimos que acceder a datos no certeros encontrados en diversos artículos periodísticos que revelaban que se atendieron 130 pacientes en promedio durante el 2012. Esta única información no nos permite realizar las inferencias y conclusiones correspondientes a la muestra poblacional, tal como lo habíamos planeado.

Si bien una de las técnicas que nos propusimos implementar para lograr el objetivo de comprender la situación actual de las adicciones en función del contexto histórico fue el análisis de datos, frente a la dificultad señalada anteriormente recurrimos al rastreo bibliográfico para obtener la información necesaria para continuar con nuestro trabajo de campo.

Por otra parte en lo que atañe a la implementación de la entrevista semiestructurada dirigida a los familiares de los pacientes, cuyo objetivo era conocer, desde la perspectiva de los familiares, si el trabajador social en su intervención profesional desarrolla un abordaje familiar, intentamos en reiteradas ocasiones realizar dicha técnica sin éxito, debido a que no es una obligación la participación de los familiares en los tratamientos ya que los pacientes son mayores de edad, lo que genera que la presencia de los familiares en el programa sea intermitente.

Es significativo que señalemos que las entrevistas en profundidad a los profesionales si pudimos llevarlas a cabo y que los mayores aportes surgieron de ellas. Esta técnica permite que los entrevistados expresen libremente sus opiniones y manifiesten sus posicionamientos profesionales éticos, políticos y teóricos. Siendo necesario destacar la predisposición y apertura de los profesionales al brindarnos sus

conocimientos teóricos y prácticos sobre sus intervenciones. Y por nuestra parte nos posicionamos desde una postura de apertura y respeto, sin emitir juicios de valor.

A partir de los objetivos que guían nuestra tesina, fuimos desarrollando una serie de preguntas que nos llevan a plantear los siguientes supuestos teóricos:

- La concepción de la problemática de las adicciones es social, compleja y cambiante, y se va construyendo a lo largo de la historia.

Con respecto a este supuesto podemos concluir que efectivamente la concepción de la problemática de las adicciones es compleja, social y cambiante, y se va construyendo a lo largo de la historia, lo podemos observar por ejemplo a partir de la concepción de la droga asociada al demonio en la Europa del siglo XVII, muy diferente a la noción que se mantuvo en el siglo XX entendiendo a la droga como una enfermedad o una anomalía. Pero en todas ellas estuvo siempre presente el papel del Estado y su función regulatoria, dicho comportamiento anormal, genera sanciones y agentes de control y en cada momento histórico pueden coexistir distintas agencias encargadas del control de ciertas prácticas.

Sin embargo debemos aclarar que en la actualidad se encuentra en construcción un nuevo paradigma de pensamiento-intervención que comprende a las adicciones como “problemas de consumo”, intentando contextualizarlas dentro de la sociedad posmoderna la cual ejerce una serie de presiones sobre el sujeto, estimulando en forma permanente el consumo, no solo el hecho de consumir drogas, sino también tecnología, modas, comida, juegos, etc. Por lo cual el usuario de consumo también se encuentra sometido a las leyes de oferta y demanda del mercado.

A su vez el mencionado paradigma se basa en los derechos humanos en la salud mental, asegurando que no hay salud mental posible donde no se garanticen los derechos humanos, y siendo el Estado el principal responsable de asegurar el cumplimiento de estos derechos y reconocer al sujeto pleno de ciudadanía, desde una concepción integral en sus diferentes dimensiones (eco-ambiental, psicosocial y sociocultural).

- En esta problemática no existe una única forma de intervención, sino que cada una de ellas se particulariza en cada abordaje según la perspectiva que se adopte.

Luego de la realización del trabajo de campo, podemos confirmar este supuesto planteando que en las problemáticas de consumo no existe un solo tipo y modelo de intervención. Encontramos el modelo abstencionista y el modelo de reducción de daños. Que surgen en un contexto histórico, social y cultural determinado, y actualmente se encuentran vigentes.

El modelo abstencionista todavía se encuentra presente en diferentes instituciones, en los profesionales y se ve reflejado en las intervenciones de los mismos pero no es un modelo tan dominante como en el momento de su surgimiento, ya que está siendo reemplazado por otras posturas como el modelo de reducción de daños. Pero esto no quiere decir que hoy, ambos modelos no coexistan hasta en una misma institución.

Los profesionales refieren que desde su posicionamiento ético adhieren al modelo de reducción de daños según lo establece el art. 11 del decreto 603/13; a los fundamentos de la ley de salud mental y al reconocimiento de los derechos humanos. Considerando que el mencionado modelo propicia una mayor participación del sujeto en las elecciones que conciernen a su tratamiento; sin sancionarlo moralmente y que le permite al sujeto ser incluido en un sistema de salud integral según su realidad y problemática, respetando las diferencias y los derechos humanos de todos los ciudadanos. Además los entrevistados entienden la problemática del consumo desde el contexto particular del sujeto.

Por otra parte podemos observar que los profesionales no lo consideran como un modelo acabado de intervención sino que se mantiene en constante construcción y ampliación, incorporando nuevos aspectos continuamente.

- Las prácticas de los profesionales, que desempeñan su labor en el Programa Juego Responsable, se emprenden desde una mirada interdisciplinaria.

En lo que respecta al desempeño profesional dentro del Programa Juego Responsable, podemos afirmar que es llevado a cabo desde una mirada interdisciplinaria, lo que implica tener una concepción holística de la realidad; considerándola como un todo, y no solo como la suma de las partes. Además los profesionales entienden que el trabajo de manera interdisciplinaria es un posicionamiento profesional, ético, político y social; que implica una construcción compleja, que les permite ampliar las miradas disciplinares.

Cabe aclarar que la interdisciplina, se puede presentar como una oportunidad para desarrollar estrategias de intervención en una sociedad fragmentada, con una fuerte tendencia al individualismo, donde la "competencia " individual desvaloriza el trabajo en equipo, o el mismo se encuentra atravesada por la lógica de la empresa en tanto "costo-beneficio".

Además de lo anterior, podemos referir que la interdisciplina se va construyendo desde una relación horizontal entre los participantes, en donde ninguno tiene una visión hegemónica del problema, interfiere en el trabajo del otro, ni muestra una marcada diferenciación de roles. Esta modalidad de intervención requiere de mucho entrenamiento y práctica; por lo que los profesionales de la institución desarrollan estrategias para poder construir estos espacios ya que cuentan con poca carga horaria para el número de pacientes que concurren a la misma. Al mismo tiempo, observamos que entre algunos profesionales se les facilita más este tipo de trabajo que entre otros, de acuerdo a la predisposición de cada uno.

Los profesionales describen que en el trabajo interdisciplinario encuentran más ventajas que desventajas como el aprender del otro, el apoyo moral en la toma de decisiones a partir del consenso, poder abordar casos de mayor complejidad y permite un crecimiento profesional e institucional. Sin embargo manifiestan algunas desventajas que tienen que ver con las limitaciones institucionales como la carga horaria, y la escasa predisposición de algunos profesionales para trabajar de esta forma.

Finalmente la necesidad de que la intervención profesional se realice de manera interdisciplinaria queda plasmada en lo establecido en el art. 8 de la ley 26.657 de salud mental: "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”.

- La intervención profesional del trabajador social se realiza desde un abordaje familiar.

Cuando nos referimos al abordaje familiar debemos comprender que atañe a un proceso metodológico que incluye la valoración social, la planeación de las acciones, la intervención para el cambio y la evaluación de la misma. Es un proceso de ayuda dirigido a la persona en su dimensión individual, familiar y social, tendiente a activar cambios frente a los problemas familiares que los afecten y a lograr un mejor funcionamiento relacional y social, lo cual no necesariamente implica una intervención directa con las familias en sus viviendas, sino desde una intervención integral.

En cuanto al último supuesto, lo vamos a cuestionar ya que a partir de lo investigado la trabajadora social manifiesta que no lleva a cabo un abordaje familiar. Si realiza entrevistas familiares, pero no es un abordaje ya que implica realizar un trabajo más sistematizado y en el cual es necesario acompañar a la familia en todo el proceso. En el Programa Juego Responsable el contacto con la familia es voluntario, por parte de esta y del paciente, esto implica que no con todos los sujetos que concurren a la institución exista el contacto de los profesionales con la familia del paciente. Y por otra parte lo que también impide realizar un abordaje familiar tiene que ver con los aspectos institucionales, los cuales tienen que ver con una lógica de la asistencia individual.

Es importante destacar que la trabajadora social entiende que la intervención profesional del trabajador social debe llevarse a cabo desde la concepción de la integralidad, ver al sujeto en sus diferentes dimensiones, contextos sin dejar de tener como eje el objetivo institucional. Esto permite que más allá de que en la institución no se lleve a cabo un abordaje familiar exclusivamente, en las intervenciones profesionales se tienen en cuenta las diferentes dimensiones del sujeto y una de ellas es su grupo familiar.

Además, la intervención profesional implica considerar a este sujeto como un sujeto de derechos, participe en la toma de decisiones relacionadas a la resolución de sus problemas, más allá del lugar institucional en que este el trabajador social. Y desde esta afirmación se posicionan los profesionales del Programa Juego Responsable, adhiriendo a la actual Ley de Salud Mental.

A su vez debemos agregar que la intervención profesional es tanto un lugar donde se juega una visión teórica-ideológica específica, como un espacio de acción con sentido sobre la realidad, es decir, que esa práctica llevada a cabo por el profesional se encuentra sustentada y articulada a una teoría e ideología propia de cada trabajador social. Algunos trabajadores sociales de otras instituciones realizan intervenciones individuales, fragmentadas, sectoriales, puntuales que en realidad resuelven a nivel de una situación problema pero no llevan a cabo una intervención basada en los derechos de los sujetos.

De acuerdo al rol del trabajador social los profesionales en psicología y psiquiatría resaltan el papel fundamental del mismo, sobre todo en el trabajo interdisciplinario, el aporte que puede hacer en relación a un diagnóstico social. Y desde la misma trabajadora social plantea que su rol en la institución tiene que ver en cómo se puede visualizar esta vulnerabilidad del sujeto que tiene una problemática de consumo. Y en cuanto al rol del trabajo social es necesario aclarar que se han logrado amplio avances, pero sin embargo faltan mucho aspectos por construir, como lo es en el caso de lo preventivo, lo territorial, lo intersectorial, el poder realizar otras acciones, ya sean grupal, o familiar.

Por lo tanto, podemos concluir que los supuestos explicitados para los fines de esta investigación, los consideramos relevantes y orientadores de la misma ya que permitieron alcanzar grandes hallazgos a nivel cualitativo, de una forma u otra responden a lo inquietante, explicitado, cuestionado, objetado, debatido y planteado como eje de esta investigación.

En lo que se refiere a la realización de esta investigación podemos apreciar, desde nuestra percepción crítica-reflexiva, una serie de problemáticas institucionales en el Programa Juego Responsable tales como la poca claridad en el acceso y difusión de la

información existente en el Programa Juego Responsable; como así también el escaso número de profesionales presentes en la institución; la poca carga horaria; el elevado número de pacientes por cada profesional; la ausencia de otros centros de atención para zonas alejadas al Gran Mendoza; el reducido espacio físico de trabajo, además compartido con otras entidades y las presiones políticas propias del año electoral que afectan el desenvolvimiento del Programa en general.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones mencionadas, es importante que destaquemos el gran esfuerzo de los profesionales en el cumplimiento de la ley al realizar las intervenciones de manera interdisciplinaria, entender al usuario como un sujeto de derechos, dedicar más horas laborales de las requeridas, realizar capacitaciones continuamente, y por último, la apertura y la predisposición con las tesis durante todo el trabajo de campo.

En virtud de todo el proceso que implicó la realización de esta tesina y considerando al Programa Juego Responsable como un servicio de salud (según el decreto 603/13), estamos en condiciones de cerrar aportando ciertas sugerencias para ampliar el funcionamiento institucional según los derechos establecidos en la Ley de Salud Mental.

Tales sugerencias tienen que ver con la incorporación de profesionales, la extensión de la carga horaria de los mismos, la creación de centro de atención pertenecientes al Programa en zonas alejadas al Gran Mendoza para lograr la cercanía de la atención al lugar donde vive la persona, la creación de una división especializada en relevamiento y sistematización de datos estadísticos con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Y particularmente en la intervención del trabajo social proponemos sistematizar el abordaje con las familias, generar espacios destinados a una mayor participación de las mismas y además poder fomentar la interpelación de la familia al profesional, para así favorecer la participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva. Dicha labor debe ser llevada a cabo a partir de una red de servicios con base en la comunidad, con sistemas de apoyo y

atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL Y TEMÁTICA



“La mente es como un paracaídas...

sólo funciona si la tenemos abierta” (Albert Einstein)

- Ander Egg, E. y Follari, R. (1989). *Trabajo Social e Interdisciplinariedad*. Buenos Aires: Humanitas.
- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario del trabajo social*. Argentina: Lumen.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4^a ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.
- Blanca, D. y Coletti, L. (2006). *La adicción al juego, ¿no va más...?*. Buenos Aires: Lugar.
- Blanca, D., Croce, M. y Petri, S. (2012). *Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Calabrese, A. (2007). *Prólogo de Carballada, Alfredo: La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Bs. As: Paidós.
- Carballada, A. (2007). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Bs. As: Paidós.
- Carballada, A. (2010). *La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud*. Artículo publicado desde el Ministerio de Desarrollo Social de la prov. de Bs. As, Subsecretaría de Atención a las adicciones.
- Congreso Argentino (2010) *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Argentina.
- De Lellis, M. y Di Nella, Y. (2007). *La perspectiva de Derechos Humanos en el campo de la salud mental. Cátedra I de salud pública y salud mental*. Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Dirección de Salud Mental. (2012). *Atención Primaria en Salud ante el consumo problemático de drogas*. Mendoza.
- Eroles, C. (2001). *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Bs. As: Espacio.

- García Canclini, N. (1995). *Consumidores y ciudadanos. Conflictos multiculturales de la globalización*. México: Grijalbo.
- García Salord, S. (1991). *Especificidad y rol en trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Garrido, M., Jaén, P. y Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares. Clínica y tratamiento*. Barcelona España: Paidós Ibérica.
- Inchaurreaga, S. (2002). *Drogas, haciendo posible lo imposible*. Argentina: Amalevi.
- Kameniecki, M. (1998). *Clínica institucional en toxicomanías. Una cita con el Centro Carlos Gardel*. En Riadigos, N. (comp.). *El contexto sociocultural del uso de drogas*.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Lipovsky, G. (1986). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Mendicoa, G. (2003). *Sobre tesis y tesisistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje*. Buenos Aires: Espacio.
- Parisí, A. (1993). *Paradigmas teóricos e intervención profesional*. Córdoba Departamento de Investigación de la Escuela de Trabajo Social de la UNC: Mimeo
- Plan Provincial de Adicciones. (2007). *Curso de adicciones*. Mendoza.
- Plan Provincial de Adicciones. (2012). *Atención Primaria en Salud, ante el consumo problemático de drogas*. Ministerio de Salud. Gobierno de Mendoza. Mendoza.
- Programa Juego Responsable. (2011) *Documentos de Trabajo del Equipo*. Mendoza.
- Quintero Velásquez, A. (2004). *El Trabajo Social Familiar y el enfoque sistémico*. Bs. As: Lumen Humanitas.
- Rojas, C. y Sternbach, S. (1997). *Entre dos siglos. Una lectura psicoanalítica de la posmodernidad*. (2a ed.) Buenos Aires: Lugar.

- Rozas Pagaza, M. (1998). *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Sarlo, B. (1994). *Escenas de la vida posmoderna. Intelectuales, arte y videocultura en la Argentina*. Argentina: Ariel.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986) *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas*. Buenos Aires: Laboratorio Internacional Universitario de Estudios Sociales.
- Touzé, G. (2011-2012). Construcción social del problema droga. En *Diplomatura Interdisciplinaria en Clínica de las adicciones y otras patologías del Consumo*. Universidad de Mendoza.
- Touzé, G. (2011-2012). Paradigmas y políticas de drogas. En *Diplomatura Interdisciplinaria en Clínica de las adicciones y otras patologías del Consumo*. Universidad de Mendoza.
- Touzé, G. (2011-2012). Presentación. En *Diplomatura Interdisciplinaria en Clínica de las adicciones y otras patologías del Consumo*. Universidad de Mendoza.
- Vila, M. (2011-2012). Las sustancias. En *Diplomatura Interdisciplinaria en Clínica de las adicciones y otras patologías del Consumo*. Universidad de Mendoza.

SITIOS WEB

- <http://eldiario.deljuego.com.ar/submenunoticiadelaregion/7001--programa-de-juego-responsable-en-mendoza-con-problemas-de-fondos.htm>
- <http://www.losandes.com.ar/notas/2008/10/5/sociedad-384895.asp>

- <http://eldiario.deljuego.com.ar/submenunoticiadelaregion/7001--programa-de-juego-responsable-en-mendoza-con-problemas-de-fondos.html>
- <http://www.diariosanrafael.com.ar/65994#.UINPM7TfPMw>
- <http://www.sitioandino.com/nota/52305-ludopatia-mendoza-podria-tener-un-observatorio-del-juego/>
- <http://www.diariouno.com.ar/edimpresa/nota.php?id=199540>
- <http://www.mdzol.com/opinion/470583/>
- <http://www.mdzol.com/mobile/mobile/470027/>

ANEXOS



“Cuida tus pensamientos, porque se convertirán en tus palabras. Cuida tus palabras, porque se convertirán en tus actos. Cuida tus actos, porque se convertirán en tus hábitos. Cuida tus hábitos, porque se convertirán en tu destino.” (Mahatma Gandhi)

ANEXO I

Ley de Salud Mental 26657 y Decreto 603/13

SALUD PÚBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

Ambito de aplicación

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo 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.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo 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

ARTICULO 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

ARTICULO 42. — Incorporáse 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 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 PUBLICA

Decreto 603/2013

Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación.

Bs. As., 28/5/2013

VISTO el Expediente N° 1-2002-20706-11-4 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 26.657, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley N° 26.657 regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en la República Argentina.

Que en dicha ley prevalecen especialmente, entre otros derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y Tratados Internacionales de rango Constitucional (conforme artículo 75, inciso 22 de nuestra Carta Magna), los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Que se destaca asimismo, que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, instrumento internacional de máximo consenso en la materia, ha sido incluido como parte del texto de la Ley N° 26.657.

Que la ley aludida, presta asimismo una especial consideración a la necesidad de adecuar las modalidades de abordaje al paradigma de los derechos humanos inserto en la normativa constitucional, y destacado en la Declaración de Caracas del año 1990 acordada por los países miembros de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)-ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS).

Que los términos de dicha ley, deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población, entendida la misma 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" en el marco de la vida en comunidad (artículo 3° de la Ley N° 26.657).

Que dicha definición se articula con la consagrada conceptualización de la salud desde la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados —Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100—).

Que mediante el Decreto N° 457 de fecha 5 de abril de 2010, se creó la DIRECCION NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en la esfera de la SECRETARIA DE DETERMINANTES DE LA SALUD Y RELACIONES SANITARIAS del MINISTERIO DE SALUD, con el objeto de desarrollar políticas, planes y programas coherentes con el espíritu y texto de la Ley N° 26.657.

Que en tal sentido corresponde en esta instancia dictar las normas reglamentarias necesarias que permitan la inmediata puesta en funcionamiento de las previsiones contenidas en la Ley Nº 26.657.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención que le compete.

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones emergentes del artículo 99, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

LA PRESIDENTA DE LA NACION ARGENTINA

DECRETA:

Artículo 1º — Apruébase la reglamentación de la Ley Nº 26.657 que como ANEXO I forma parte integrante del presente Decreto.

Art. 2º — Créase la COMISION NACIONAL INTERMINISTERIAL EN POLITICAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES en el ámbito de la JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS, presidida por la Autoridad de Aplicación de la Ley citada e integrada por representantes de cada uno de los Ministerios mencionados en el artículo 36 de la Ley Nº 26.657.

Cada Ministerio afectará partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan, según su competencia, y que se adopten en la presente Comisión.

La Comisión se reunirá como mínimo una vez al mes y realizará memorias o actas en las cuales se registren las decisiones adoptadas y los compromisos asumidos por cada Ministerio.

La Autoridad de Aplicación deberá promover la creación de ámbitos interministeriales de cada jurisdicción.

La Autoridad de Aplicación deberá convocar a organizaciones de la comunidad que tengan incumbencia en la temática, en particular de usuarios y familiares, y de trabajadores, para participar de un Consejo Consultivo de carácter honorario al que deberá convocar al menos trimestralmente, a fin de exponer las políticas que se llevan adelante y escuchar las propuestas que se formulen.

Art. 3º — El presente decreto entrará en vigencia a partir de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial.

Art. 4º — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. — FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Juan M. Abal Medina. — Juan L. Manzur.

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 26.657

CAPITULO I

DERECHOS Y GARANTIAS

ARTICULO 1º.- Entiéndese por padecimiento mental a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas,

así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes, de conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657.

ARTICULO 2°.- Sin reglamentar.

CAPITULO II

DEFINICION

ARTICULO 3°.- Sin reglamentar.

ARTICULO 4°.- Las políticas públicas en la materia tendrán como objetivo favorecer el acceso a la atención de las personas desde una perspectiva de salud integral, garantizando todos los derechos establecidos en la Ley N° 26.657. El eje deberá estar puesto en la persona en su singularidad, más allá del tipo de adicción que padezca.

Entiéndese por "servicios de salud" en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

ARTICULO 5°.- Sin reglamentar.

CAPITULO III

AMBITO DE APLICACION

ARTICULO 6°.- La Autoridad de Aplicación deberá asegurar, junto con las provincias y la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, que las obras sociales regidas por las Leyes Nros. 23.660 y 23.661, el INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI), la Obra Social del PODER JUDICIAL DE LA NACION (OSPJN), la DIRECCION DE AYUDA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL CONGRESO DE LA NACION, las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de las Fuerzas de Seguridad, de la Policía Federal Argentina, de la Policía de Seguridad Aeroportuaria, del Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, las entidades de medicina prepaga, las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden por sí o por terceros servicios de salud independientemente de su naturaleza jurídica o de su dependencia institucional, adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley N° 26.657.

CAPITULO IV

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

ARTICULO 7°.- Los derechos establecidos en el artículo 7° de la Ley N° 26.657, son meramente enunciativos.

a) Sin reglamentar.

b) Sin reglamentar.

c) La Autoridad de Aplicación deberá determinar cuáles son las prácticas que se encuentran basadas en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Todas aquellas que no se encuentren previstas estarán prohibidas.

d) Sin reglamentar.

e) Sin reglamentar.

f) Sin reglamentar.

g) Sin reglamentar.

h) Sin reglamentar.

i) El INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACION, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO (INADI) y la AUTORIDAD FEDERAL DE SERVICIOS DE COMUNICACION AUDIOVISUAL (AFSCA), en el ámbito de sus competencias, en conjunto con la Autoridad de Aplicación y con la colaboración de todas las áreas que sean requeridas, desarrollarán políticas y acciones tendientes a promover la inclusión social de las personas con padecimientos mentales y a la prevención de la discriminación por cualquier medio y contexto.

j) Todas las instituciones públicas o privadas que brinden servicios de salud con o sin internación deberán disponer en lugares visibles para todos los usuarios, y en particular para las personas internadas y sus familiares, un letrero de un tamaño mínimo de OCHENTA CENTIMETROS (0.80 cm) por CINCUENTA CENTIMETROS (0.50 cm) con el consiguiente texto: "La Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 garantiza los derechos de los usuarios. Usted puede informarse del texto legal y denunciar su incumplimiento llamando al..." (números de teléfono gratuitos que a tal efecto establezca el Organo de Revisión de cada Jurisdicción y la autoridad local de aplicación).

Las instituciones referidas precedentemente tienen la obligación de entregar a las personas usuarias y familiares, al momento de iniciarse una internación, copia del artículo 7º de la Ley Nº 26.657, debiendo dejar constancia fehaciente de la recepción de la misma.

k) Todo paciente, con plena capacidad o, sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyeran riesgo para sí o para terceros.

Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. Asimismo, las decisiones del paciente o sus representantes legales, según sea el caso, podrán ser revocadas. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica.

1) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal.

Asimismo, la exposición con fines académicos requiere, de forma previa a su realización, el consentimiento expreso del paciente o en su defecto, de sus representantes legales y del equipo interdisciplinario interviniente, integrado conforme lo previsto en el artículo 8º de la Ley. En todos los casos de exposición con fines académicos, deberá reservarse la identidad del paciente.

El consentimiento brindado por el paciente, en todos los casos, debe ser agregado a la historia clínica.

m) Entiéndese por "consentimiento fehaciente" a la declaración de voluntad suficiente efectuada

por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Dicho consentimiento deberá brindarse ante el organismo público que la autoridad de aplicación determine, fuera de un contexto de internación involuntaria u otra forma de restricción de la libertad.

Todos los proyectos de investigaciones clínicas y/o tratamientos experimentales, salvo los que se realicen exclusivamente sobre la base de datos de personas no identificadas, deberán ser previamente aprobados por la Autoridad de Aplicación.

Tanto para la elaboración del protocolo de consentimiento fehaciente como para la aprobación de los proyectos referidos, la Autoridad de Aplicación trabajará en consulta con el CONSEJO NACIONAL DE BIOETICA Y DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Una vez aprobados los mismos, deberán ser remitidos al Organo de Revisión para que realice las observaciones que crea convenientes.

n) Sin reglamentar.

o) Sin reglamentar.

p) Entiéndese por "justa compensación" a la contraprestación que recibirá el paciente por su fuerza de trabajo en el desarrollo de la actividad de que se trata y que implique producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El pago de dicha compensación se verificará siguiendo las reglas, usos y costumbres de la actividad de que se trate. La Autoridad de Aplicación, en coordinación con el MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, deberá fiscalizar que no existan abusos o algún tipo de explotación laboral.

CAPITULO V

MODALIDAD DE ABORDAJE

ARTICULO 8º.- Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales en el marco del trabajo conjunto.

Las disciplinas enumeradas en el artículo 8º de la Ley Nº 26.657 no son taxativas.

Cada jurisdicción definirá las características óptimas de conformación de sus equipos, de acuerdo a las necesidades y particularidades propias de la población.

En aquellas jurisdicciones en donde aún no se han desarrollado equipos interdisciplinarios, la Autoridad de Aplicación en conjunto con las autoridades locales, diseñarán programas tendientes a la conformación de los mismos, estableciendo plazos para el cumplimiento de dicho objetivo. Hasta tanto se conformen los mencionados equipos, se procurará sostener una atención adecuada con los recursos existentes, reorganizados interdisciplinariamente, a fin de evitar derivaciones innecesarias fuera del ámbito comunitario.

La Autoridad de Aplicación deberá relevar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la salud mental y desarrollará acciones tendientes a:

- a) Fomentar la formación de recursos humanos en aquellas que sea necesario, y
- b) Regularizar la acreditación de las mismas en todo el país.

ARTICULO 9º.- La Autoridad de Aplicación promoverá que las políticas públicas en materia asistencial respeten los siguientes principios:

- a) Cercanía de la atención al lugar donde vive la persona.
- b) Garantía de continuidad de la atención en aquellos servicios adecuados y que sean de preferencia de la persona.
- c) Articulación permanente en el caso de intervención de distintos servicios sobre una misma persona o grupo familiar, disponiendo cuando fuere necesario un área de coordinación, integrando al equipo de atención primaria de la salud que corresponda.
- d) Participación de personas usuarias, familiares y otros recursos existentes en la comunidad para la integración social efectiva.
- e) Reconocimiento de las distintas identidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

Asimismo promoverá políticas para integrar a los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud que trabajan en el territorio, conformados por médicos generalistas y de familia, agentes sanitarios, enfermeros y otros agentes de salud, como parte fundamental del sistema comunitario de salud mental.

Las políticas de abordaje intersectorial deberán incluir la adaptación necesaria de programas que garanticen a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social.

ARTICULO 10.- El consentimiento informado se encuadra en lo establecido por el Capítulo III de la Ley N° 26.529 y su modificatoria, en consonancia con los principios internacionales.

Si el consentimiento informado ha sido brindado utilizando medios y tecnologías especiales, deberá dejarse constancia fehaciente de ello en la historia clínica del paciente, aclarando cuáles han sido los utilizados para darse a entender.

ARTICULO 11.- Facúltase a la Autoridad de Aplicación a disponer la promoción de otros dispositivos adecuados a la Ley N° 26.657, en articulación con las áreas que correspondan, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad. Dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurno y nocturno, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales, para satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, que favorezca la inclusión social.

La Autoridad de Aplicación establecerá los requisitos que debe cumplir cada dispositivo para su habilitación.

Los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.

Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños.

La Autoridad de Aplicación promoverá que la creación de los dispositivos comunitarios, ya sean ambulatorios o de internación, que se creen en cumplimiento de los principios establecidos en la Ley, incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1) del artículo 34 del Código Penal, y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales.

Para promover el desarrollo de los dispositivos señalados, se deberá incluir el componente de salud mental en los planes y programas de provisión de insumos y medicamentos.

ARTICULO 12.- Debe entenderse que no sólo la prescripción de medicamentos sino de cualquier otra medida terapéutica, indicada por cualquiera de los profesionales del equipo interdisciplinario, debe cumplir con los recaudos establecidos en el artículo 12 de la Ley Nº 26.657.

La prescripción de psicofármacos debe realizarse siguiendo las normas internacionales aceptadas por los consensos médicos para su uso racional, en el marco de los abordajes interdisciplinarios que correspondan a cada caso.

La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes realizadas de manera efectiva por médico psiquiatra o de otra especialidad cuando así corresponda.

CAPITULO VI

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARTICULO 13.- La Autoridad de Aplicación promoverá, en conjunto con las jurisdicciones, protocolos de evaluación a fin de cumplir con el artículo 13 de la Ley Nº 26.657.

CAPITULO VII

INTERNACIONES

ARTICULO 14.- Las normas de internación o tratamiento que motiven el aislamiento de las personas con padecimientos mentales, ya sea limitando visitas, llamados, correspondencia o cualquier otro contacto con el exterior, son contrarias al deber de promover el mantenimiento de vínculos. Las restricciones deben ser excepcionales, debidamente fundadas por el equipo interdisciplinario, y deberán ser informadas al juez competente.

Cuando existan restricciones precisas de carácter terapéutico que recaigan sobre algún familiar o referente afectivo, deberá asegurarse el acompañamiento a través de otras personas teniendo en cuenta la voluntad del interesado. Nunca alcanzarán al abogado defensor, y podrán ser revisadas judicialmente. Las restricciones referidas no son en desmedro de la obligación de la institución de brindar información, incorporar a la familia y referentes afectivos a las instancias terapéuticas e informar sobre las prestaciones que brinda, facilitando el acceso al conocimiento de las instalaciones e insumos que se le ofrecen a la persona.

Se deberá promover que aquellas personas que carezcan de familiares o referentes, afectivos en condiciones de acompañar el proceso de tratamiento, puedan contar con referentes comunitarios. Para ello, la Autoridad de Aplicación identificará, apoyará y promoverá la organización de asociaciones de familiares y voluntarios que ofrezcan acompañamiento.

No será admitida la utilización de salas de aislamiento.

Las instituciones deberán disponer de telefonía gratuita para uso de las personas internadas.

ARTICULO 15.- Cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario deberá:

a) Dejar constancia en la historia clínica.

b) Gestionar ante las áreas que correspondan con carácter urgente la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley Nº 26.657.

c) Informar a la Autoridad de Aplicación local.

ARTICULO 16.- Todos los plazos a que se refiere la Ley Nº 26.657 deberán computarse en días corridos, salvo disposición en contrario.

a) El diagnóstico interdisciplinario e integral consiste en la descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen. En aquellos casos en que corresponda incluir la referencia a criterios clasificatorios de trastornos o enfermedades, la Autoridad de Aplicación establecerá las recomendaciones necesarias para el empleo de estándares avalados por organismos especializados del Estado Nacional, o bien por organismos regionales o internacionales que la República Argentina integre como miembro.

La evaluación deberá incorporarse a la historia clínica.

Los profesionales firmantes deberán ser de distintas disciplinas académicas e integrar el equipo asistencial que interviene directamente en el caso, sin perjuicio de la responsabilidad de las autoridades de la Institución.

El informe deberá contener conclusiones conjuntas producto del trabajo interdisciplinario.

b) Deberán consignarse en la historia clínica, los datos referidos al grupo familiar y/o de pertenencia, o en su defecto, las acciones realizadas para su identificación.

c) Para ser considerada una internación voluntaria el consentimiento deberá ser indefectiblemente personal.

ARTICULO 17.- La Autoridad de Aplicación conjuntamente con el MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE y las dependencias institucionales que a estos fines resulten competentes, promoverán la implementación de políticas que tengan como objetivo: 1) facilitar el rápido acceso al Documento Nacional de Identidad (DNI) a las personas que carezcan de él; y 2) la búsqueda de los datos de identidad y filiación de las personas con padecimiento mental cuando fuese necesario, con procedimientos expeditos que deberán iniciarse como máximo a las CUARENTA Y OCHO (48) horas de haber tomado conocimiento de la situación; manteniendo un Registro Nacional actualizado que permita un seguimiento permanente de estos casos hasta su resolución definitiva. Este Registro Nacional actuará en coordinación con la Autoridad de Aplicación y contendrá todos aquellos datos que tiendan a identificar a las personas o su grupo de identificación familiar.

Para ello los servicios de salud mental deberán notificar obligatoriamente y de manera inmediata a la Autoridad de Aplicación correspondiente el ingreso de personas cuya identidad se

desconozca.

La Autoridad de Aplicación regulará el funcionamiento del Registro Nacional debiendo respetar el derecho a la intimidad, la protección de datos y lo indicado en el artículo 7º inciso I), de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657.

ARTICULO 18.- Solamente podrá limitarse el egreso de la persona por su propia voluntad si existiese una situación de riesgo cierto e inminente, en cuyo caso deberá procederse de conformidad con el artículo 20 y subsiguientes de la Ley Nº 26.657.

Deberá reiterarse la comunicación al cabo de los CIENTO VEINTE (120) días como máximo y deberá contener los recaudos establecidos en el artículo 16 de la Ley Nº 26.657. A los efectos de evaluar si la internación continúa siendo voluntaria, el juez solicitará una evaluación de la persona internada al equipo interdisciplinario dependiente del Organo de Revisión.

ARTICULO 19.- Sin reglamentar.

ARTICULO 20.- Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental.

Las Fuerzas de Seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental, deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La Autoridad de Aplicación en conjunto con el MINISTERIO DE SEGURIDAD elaborará protocolos de intervención y capacitación en base al criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Aún en el marco de una internación involuntaria, deberá procurarse que la persona participe de la decisión que se tome en relación a su tratamiento.

ARTICULO 21.- Las DIEZ (10) horas deben computarse desde el momento en que se efectivizó la medida, incluso cuando su vencimiento opere en día u horario inhábil judicial.

La comunicación podrá realizarse telefónicamente o por otra vía tecnológica expedita y verificable que habrán de determinar en acuerdo la Autoridad de Aplicación local, el Poder Judicial y el Organo de Revisión.

El Juez deberá garantizar el derecho de la persona internada, en la medida que sea posible, a ser oída en relación a la internación dispuesta.

a) Sin reglamentar.

b) La petición de informe ampliatorio sólo procede si, a criterio del Juez, el informe original es insuficiente. En caso de solicitar el mismo o peritajes externos, el plazo máximo para autorizar o denegar la internación no podrá superar los SIETE (7) días fijados en el artículo 25 de la ley Nº 26.657.

Entiéndese por "servicio de salud responsable de la cobertura" al máximo responsable de la

cobertura de salud, sea pública o privada.

ARTICULO 22.- La responsabilidad de garantizar el acceso a un abogado es de cada jurisdicción. La actuación del defensor público será gratuita.

En el ejercicio de la asistencia técnica el abogado defensor —público o privado— debe respetar la voluntad y las preferencias de la persona internada, en lo relativo a su atención y tratamiento.

A fin de garantizar el derecho de defensa desde que se hace efectiva la internación, el servicio asistencial deberá informar al usuario que tiene derecho a designar un abogado.

Si en ese momento no se puede comprender su voluntad, o la persona no designa un letrado privado, o solicita un defensor público, se dará intervención a la institución que presta dicho servicio.

En aquellos estados en los que no pueda comprenderse la voluntad de la persona internada, el defensor deberá igualmente procurar que las condiciones generales de internación respeten las garantías mínimas exigidas por la ley y las directivas anticipadas que pudiera haber manifestado expresamente.

El juez debe garantizar que no existan conflictos de intereses entre la persona internada y su abogado, debiendo requerir la designación de un nuevo defensor si fuese necesario.

ARTICULO 23.- El equipo tratante que tiene la facultad de otorgar el alta, externación o permisos de salida se compone de manera interdisciplinaria y bajo el criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley Nº 26.657.

Cuando una internación involuntaria se transforma en voluntaria, se le comunicará al juez esta novedad remitiéndole un informe con copia del consentimiento debidamente firmado. En este caso se procederá de conformidad con lo establecido en el artículo 18 de la Ley, debiendo realizar la comunicación allí prevista si transcurriesen SESENTA (60) días a partir de la firma del consentimiento.

ARTICULO 24.- Los informes periódicos deberán ser interdisciplinarios e incluir información acerca de la estrategia de atención, las distintas medidas implementadas por el equipo y las respuestas obtenidas, fundamentando adecuadamente la necesidad del mantenimiento de la medida de internación.

Se entenderá que la intervención del Organismo de Revisión, en el marco del presente artículo, procede a intervalos de NOVENTA (90) días.

Hasta tanto se creen los órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, el juez podrá requerir a un equipo interdisciplinario, de un organismo independiente del servicio asistencial interviniente, que efectúe la evaluación indicada por el presente artículo.

ARTICULO 25.- Sin reglamentar.

ARTICULO 26.- En las internaciones de personas declaradas incapaces o menores de edad se deberá:

- a) Ofrecer alternativas terapéuticas de manera comprensible,
- b) Recabar su opinión,
- c) Dejar constancia de ello en la historia clínica,

d) Poner a su disposición la suscripción del consentimiento informado.

En caso de existir impedimentos para el cumplimiento de estos requisitos deberá dejarse constancia de ello con informe fundado.

Asimismo deberá dejarse constancia de la opinión de los padres o representantes legales según el caso.

Para las internaciones de personas menores de edad el abogado defensor previsto en el artículo 22 de la Ley N° 26.657 deberá estar preferentemente especializado en los términos del artículo 27 inciso c) de la Ley N° 26.061.

ARTICULO 27.- La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020, de acuerdo al CONSENSO DE PANAMA adoptado por la CONFERENCIA REGIONAL DE SALUD MENTAL convocada por la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) "20 años después de la Declaración de Caracas" en la CIUDAD DE PANAMA el 8 de octubre de 2010. La presentación de tales proyectos y el cumplimiento efectivo de las metas en los plazos establecidos, será requisito indispensable para acceder a la asistencia técnica y financiera que la Autoridad de Aplicación nacional disponga. El personal deberá ser capacitado y destinado a los dispositivos sustitutivos en funciones acordes a su capacidad e idoneidad.

La Autoridad de Aplicación en conjunto con las jurisdicciones, establecerá cuales son las pautas de adaptación de los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o cualquier otro tipo de instituciones de internación monovalentes que se encuentren en funcionamiento, congruentes con el objetivo de su sustitución definitiva en el plazo establecido.

También establecerá las pautas de habilitación de nuevos servicios de salud mental, públicos y privados, a los efectos de cumplir con el presente artículo.

La adaptación prevista deberá contemplar la desconcentración gradual de los recursos materiales, humanos y de insumos y fármacos, hasta la redistribución total de los mismos en la red de servicios con base en la comunidad.

La implementación de este lineamiento no irá en detrimento de las personas internadas, las cuales deberán recibir una atención acorde a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes.

ARTICULO 28.- Deberá entenderse que la expresión "hospitales generales" incluye tanto a los establecimientos públicos como privados.

Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funcionales de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines.

A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el MINISTERIO DE PLANIFICACION FEDERAL, INVERSION PUBLICA Y SERVICIOS y el MINISTERIO DE SALUD deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones.

Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los

Hospitales Generales, con el mismo objetivo.

La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

ARTICULO 29.- Las autoridades de los establecimientos que presten atención en salud mental deberán entregar a todo el personal vinculado al área, copia del texto de la Ley y su Reglamentación.

Asimismo, los usuarios, familiares y allegados tendrán a su disposición un libro de quejas, al que tendrán acceso irrestricto tanto la Autoridad de Aplicación, el Organo de Revisión, el abogado defensor como la Autoridad Judicial.

La Autoridad de Aplicación promoverá espacios de capacitación sobre los contenidos de la Ley y de los instrumentos internacionales de referencia, dirigidos a todos los integrantes del equipo de salud mental.

CAPITULO VIII

DERIVACIONES

ARTICULO 30.- La conveniencia de derivación fuera del ámbito comunitario donde vive la persona deberá estar debidamente fundada por evaluación interdisciplinaria en los términos previstos en el artículo 16 y concordantes de la Ley. La comunicación al Juez y al Organo de Revisión, cuando no exista consentimiento informado, deberá ser de carácter previo a la efectivización de la derivación.

CAPITULO IX

AUTORIDAD DE APLICACION

ARTICULO 31.- El área a designar por la Autoridad de Aplicación a través de la cual desarrollará las políticas establecidas en la Ley no podrá ser inferior a Dirección Nacional.

EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL deberá estar disponible para la consulta del conjunto de la ciudadanía y deberá contemplar mecanismos de monitoreo y evaluación del cumplimiento de metas y objetivos. La Autoridad de Aplicación deberá elaborar un informe anual sobre la ejecución de dicho Plan Nacional el cual será publicado y remitido al Organo de Revisión.

ARTICULO 32.- Sin reglamentar.

ARTICULO 33.- El MINISTERIO DE EDUCACION, a través de sus áreas competentes, prestará colaboración a la Autoridad de Aplicación a fin de efectuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental.

Deberá ponerse de resalto la capacitación de los trabajadores en servicio del equipo interdisciplinario de salud mental, de atención primaria de la salud, y de todas las áreas que intervienen en orden a la intersectorialidad;

La Autoridad de Aplicación deberá promover la habilitación de espacios de capacitación de grado y posgrado, residencias, concurrencias y pasantías, dentro de los dispositivos comunitarios, sustituyendo progresivamente los espacios de formación existentes en instituciones monovalentes.

ARTICULO 34.- La SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS y la Autoridad de Aplicación conformarán una comisión permanente de trabajo en el plazo de TREINTA (30) días, a partir de la entrada en vigencia del presente Decreto.

Dicha Comisión trabajará en conjunto con las jurisdicciones provinciales y elevará al Secretario de Derechos Humanos y a la Autoridad de Aplicación las propuestas elaboradas para su aprobación, las que deberán garantizar el cumplimiento de todos los derechos establecidos en el artículo 7º y demás previsiones de la Ley Nº 26.657.

La Comisión conformada dará asistencia técnica y seguimiento permanente para la implementación de los estándares elaborados.

Se deberá entender que los estándares se refieren a habilitación, supervisión, acreditación, certificación, monitoreo, auditoría, fiscalización y evaluación.

ARTICULO 35.- La Autoridad de Aplicación deberá considerar como requisito para el acceso a programas de asistencia en los términos del artículo 28 de la presente reglamentación, la participación y colaboración de las jurisdicciones en la recolección y envío de datos para la realización del censo.

EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INDEC) prestará la colaboración que le sea requerida.

ARTICULO 36.- Sin reglamentar.

ARTICULO 37.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD en conjunto con la Autoridad de Aplicación deberán controlar que se garantice la cobertura en salud mental de los afiliados a Obras Sociales. Para ello deberán adecuar la cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO) o el instrumento que en el futuro lo remplace, a través de la incorporación de los dispositivos, insumos y prácticas en salud mental que se promueven en la Ley y los que la Autoridad de Aplicación disponga de acuerdo con el artículo 11 de la misma. Para acceder a dicha cobertura no será exigible certificación de discapacidad.

Se establecerán aranceles que promuevan la creación y desarrollo de tales dispositivos.

Deberán también excluirse de la cobertura las prestaciones contrarias a la Ley.

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD deberá controlar que los agentes del seguro de salud identifiquen a aquellas personas que se encuentren con internaciones prolongadas y/o en instituciones monovalentes, y deberán establecer un proceso de externación y/o inclusión en dispositivos sustitutivos en plazos perentorios.

Las auditorías o fiscalizaciones sobre los prestadores, públicos y privados deberán controlar el cumplimiento de la Ley, incluyendo la utilización de evaluaciones interdisciplinarias.

Se promoverá que igual criterio adopten las obras sociales provinciales.

CAPITULO X

ORGANO DE REVISION

ARTICULO 38.- El Organo de Revisión en el ámbito del MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA actuará conforme las decisiones adoptadas por los integrantes individualizados en el artículo 39 de la Ley. Dictará su reglamento interno de funcionamiento, y establecerá los lineamientos políticos y estratégicos de su intervención en el marco de los objetivos y funciones asignadas por

la Ley.

Deberá reunirse de forma periódica, en los plazos que determine su reglamento interno, y al menos una vez por mes.

Además, podrá constituirse en asamblea extraordinaria, a pedido de alguno de sus miembros cuando una cuestión urgente así lo requiera.

Podrá sesionar con el quórum mínimo de CUATRO (4) miembros. La toma de decisiones será por mayoría simple de los miembros presentes, salvo cuando se estipule en esta reglamentación, o a través del reglamento interno, un quórum diferente.

A los fines de dotar al Organo de Revisión de la operatividad necesaria para cumplir de un modo más eficaz sus funciones, encomiéndose a la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION la Presidencia, representación legal, y coordinación ejecutiva del Organo Revisor, a través de la organización de una Secretaría Ejecutiva y de un equipo de apoyo técnico y otro administrativo.

La DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION, a través de su servicio administrativo financiero, se encargará de brindar el soporte necesario para la ejecución del presupuesto que se le asigne para el funcionamiento del Organo de Revisión.

La Secretaría Ejecutiva, cuyo titular será designado por la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION, deberá coordinar las reuniones de los integrantes del Organo de Revisión, implementar las estrategias políticas, jurídicas e institucionales, participar sin voto de las reuniones, seguir los lineamientos acordados por los integrantes del Organo, canalizar la colaboración necesaria entre los distintos miembros, y adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento permanente del organismo, rindiendo cuentas de las acciones emprendidas.

La labor permanente de carácter operativo, técnico y administrativo del Organo de Revisión, se sustentará mediante los equipos de apoyo enunciados precedentemente, cuyo personal será provisto por la DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION y coordinado por la Secretaría Ejecutiva.

En la conformación del equipo de apoyo técnico deberá respetarse el criterio interdisciplinario previsto en la Ley, y deberá asegurarse que el personal no posea conflictos de intereses respecto de las tareas encomendadas al Organo de Revisión.

ARTICULO 39.- Los integrantes del Organo de Revisión serán designados de la siguiente manera:

- a) UN (1) representante del MINISTERIO DE SALUD;
- b) UN (1) representante de la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS.
- c) UN (1) representante del MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA;
- d) UN (1) representante de asociaciones de usuarios y/o familiares del sistema de salud;
- e) UN (1) representante de asociaciones de profesionales y otros trabajadores de la salud;
- f) UN (1) representante de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

La DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION a través de su titular o de quién éste designe deberá ejercer el voto en las reuniones a los efectos de desempatar, cuando resultare necesario.

Las entidades de perfil interdisciplinario y con experiencia de trabajo en la temática de salud mental y de derechos humanos, representativas de las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f), serán designadas por decisión fundada adoptada entre las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c), a través de un procedimiento de selección que asegure transparencia.

Las entidades que sean designadas a tal efecto, integrarán el Organo de Revisión por el término de DOS (2) años, al cabo del cual deberán elegirse nuevas organizaciones. Podrán ser reelegidas por UN (1) sólo período consecutivo, o nuevamente en el futuro, siempre con el intervalo de UN (1) período. El mismo criterio de alternancia se aplica a las personas que representen a las organizaciones, las que además no podrán tener vinculación de dependencia con las jurisdicciones mencionadas en los incisos a), b) y c).

En caso de renuncia o impedimento de alguna de las entidades designadas para participar del Organo de Revisión, deberá reeditarse el procedimiento de selección para incorporar a una reemplazante, hasta la culminación del período.

Cada institución deberá designar UN (1) representante titular y UN (1) representante suplente, para el caso de ausencia del primero. La labor de todos los representantes tendrá carácter ad-honorem, sin perjuicio de las retribuciones salariales que cada uno pueda percibir de parte de las organizaciones a las que pertenecen.

El Organo de Revisión podrá realizar convenios con entidades públicas o privadas, con competencia en la materia, para que brinden asesoramiento técnico a efectos de coadyuvar a su buen funcionamiento. También podrá convocar, a los mismos fines, a personalidades destacadas en la materia.

ARTICULO 40.- El Organo de Revisión desarrollará las funciones enunciadas en el artículo 40 de la Ley Nº 26.657, así como todas aquellas que sean complementarias a efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

El Organo de Revisión podrá ejercer sus funciones de modo facultativo en todo el Territorio Nacional, en articulación con el Organo de Revisión local, cuando considere la existencia de situaciones de urgencia y gravedad institucional.

En los casos particulares que estén bajo proceso judicial con competencia de la justicia federal, provincial o de la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, deberá intervenir el Organo de Revisión local.

a) El Organo de Revisión requerirá plazos expeditos para la recepción de los informes requeridos;

b) A los fines de lograr la supervisión de las condiciones de internación y tratamiento, el Organo de Revisión podrá ingresar a cualquier tipo de establecimiento, público y privado, sin necesidad de autorización previa, y realizar inspecciones integrales con acceso irrestricto a todas las instalaciones, documentación, y personas internadas, con quienes podrá mantener entrevistas en forma privada;

c) El equipo interdisciplinario que evalúe las internaciones deberá estar conformado bajo el mismo criterio establecido en el artículo 16 y concordantes de la Ley.

d) Sin reglamentar;

e) Sin reglamentar;

f) El Organo de Revisión podrá requerir la intervención judicial, así como de la defensa pública y

de otros organismos de protección de derechos, ante situaciones irregulares que vayan en desmedro de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental;

g) Sin reglamentar;

h) Las recomendaciones deberán efectuarse a través de informes anuales sobre el estado de aplicación de la Ley en todo el país, que deberán ser de carácter público;

i) Sin reglamentar;

j) A los fines de promover la creación de órganos de revisión en las jurisdicciones, deberá fomentarse que en su integración se respete el criterio de intersectorialidad e interdisciplinariedad previsto en la ley para el Organo de Revisión nacional, y podrán depender del ámbito que se considere más adecuado de acuerdo a la organización administrativa de cada jurisdicción, para garantizar autonomía de los servicios y dispositivos que serán objeto de supervisión. Se promoverá que, como mínimo, las funciones de los órganos de revisión locales sean las indicadas para el Organo de Revisión nacional, en su ámbito.

k) Sin reglamentar;

l) A los fines de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales, se comprenderá la situación de toda persona sometida a algún proceso administrativo o judicial por cuestiones de salud mental, o donde se cuestione el ejercicio de la capacidad jurídica.

CAPITULO XI

CONVENIOS DE COOPERACION CON LAS PROVINCIAS.

ARTICULO 41.- Sin reglamentar.

CAPITULO XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.

ARTICULO 42.- Sin reglamentar.

ARTICULO 43.- Sin reglamentar.

ARTICULO 44.- Sin reglamentar.

ARTICULO 45.- Sin reglamentar.

ARTICULO 46.- Sin reglamentar.

DISPOSICION TRANSITORIA.

A los efectos de poner en funcionamiento el Organo de Revisión, el MINISTERIO DE SALUD, la SECRETARIA DE DERECHOS HUMANOS del MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, y el MINISTERIO PUBLICO DE LA DEFENSA, deberán coordinar y ejecutar las acciones necesarias para la designación de los representantes que lo conformarán, dentro del término de TREINTA (30) días hábiles desde la vigencia del presente decreto.

A los efectos de integrar el Organo de Revisión, para su primer período de funcionamiento por DOS (2) años, los representantes designados por los TRES (3) organismos deberán elegir, por decisión fundada, a las entidades que representarán a las asociaciones y organizaciones mencionadas en los incisos d), e) y f) del artículo 39 de este Decreto.

Antes de la culminación del primer período de funcionamiento, los representantes de los TRES (3) organismos definirán, por decisión unánime, el procedimiento que se aplicará en adelante para la selección de las otras asociaciones y organizaciones, con los recaudos del artículo 39 de esta reglamentación.

El órgano de Revisión comenzará su actividad regular y permanente luego de constituido íntegramente, con todos los representantes previstos en la ley.

En el ámbito de la CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES, el Organo de Revisión local ejercerá las funciones señaladas en el artículo 40 de la Ley, aún si la justicia interviniente fuese nacional. Sin perjuicio de ello, en éste último supuesto, el Organo de Revisión nacional podrá ejercer subsidiariamente dichas funciones.

.

ANEXO II

Modelo de entrevistas

ENTREVISTA N°1

OBJETIVO: Identificar los tipos de intervenciones que existen con respecto a la problemática de adicciones.

VARIABLE: Tipos de intervenciones

DEFINICIÓN VARIABLE: Es un proceso de construcción histórico-social, basados en dos modelos denominados Abstencionismo y Reducción de daños.

SUB-VARIABLES: 1- Modelo abstencionista.
2- Modelos de reducción de daños.

CATEGORIAS:

SUBVARIABLE 1: ABSTENCIONISMO

- Concepto
- Características
- Ventajas
- Desventajas
- Vigencia (en Programa, en profesionales, en otras instituciones)
- Opinión sobre este modelo

SUBVARIABLE 2: REDUCCION DE DAÑOS

- Concepto
- Características
- Ventajas
- Desventajas
- Vigencia (en Programa, en profesionales, en otras instituciones)
- Opinión sobre este modelo

ENTREVISTA N°1

NOMBRE:

PROFESION:

PREGUNTAS:

1. ¿Hace cuánto trabaja en el programa?
2. ¿Qué entiende por el modelo de Abstencionismo? ¿Podría caracterizarlo?
3. ¿Qué ventajas y desventajas considera que tienen este modelo?
4. ¿Considera que actualmente este tipo de intervención se encuentra vigente?
¿Dentro del Programa? ¿En los profesionales de esta institución? ¿Y en otras instituciones?
5. ¿Qué opina usted sobre el Abstencionismo?
6. ¿Qué entiende por el modelo de Reducción de daños? ¿Podría caracterizarlo?
7. ¿Qué ventajas y desventajas considera que tienen este modelo?
8. ¿Considera que actualmente este tipo de intervención se encuentra vigente?
¿Dentro del Programa? ¿En los profesionales de esta institución? ¿Y en otras instituciones?
9. Con respecto a los sujetos con los cuales interviene, ¿cree que tienen conocimiento de este modelo?
10. ¿Qué opina usted sobre la Reducción de daños?

ENTREVISTA N°2

OBJETIVO: Establecer sí el desempeño de los profesionales, en el Programa Juego Responsable, se realiza desde la interdisciplinariedad.

VARIABLES: a) Desempeño profesional

b) Interdisciplinariedad

DEFINICIÓN VARIABLE a): Es la capacidad para desarrollar acciones durante el ejercicio profesional, a partir de un conocimiento especializado.

SUB-VARIABLES: 1- Acciones del ejercicio profesional

2- Conocimiento especializado

CATEGORIAS:

SUBVARIABLE 1: ACCIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

- Funciones
- Actividades

SUBVARIABLE 2: CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO

- Formación académica
- Especialización

DEFINICIÓN VARIABLE b): Es la relación existente entre varias disciplinas, en la búsqueda de la integración de teorías, métodos e instrumentos.

SUBVARIABLE: Relación entre disciplinas

CATEGORIAS:

- Concepto
- Características
- Aplicación
- Ventajas
- Desventajas

ENTREVISTA N°2

NOMBRE:

PROFESION:

PREGUNTAS:

1. ¿Qué funciones desempeña usted dentro de la institución?
2. ¿Qué actividades concretas lleva a cabo?
3. ¿Qué formación académica tiene? ¿Dónde la realizó?
4. ¿Ha realizado alguna especialización, capacitación, posgrado, etc.? ¿En qué?
5. ¿Qué funciones desempeñan cada uno de los profesionales del Programa?
6. ¿Qué entiende por interdisciplina? ¿Podría caracterizarla?
7. En la institución en la que está inserto ¿se trabaja de manera interdisciplinaria?
8. ¿Cómo se lleva a cabo en el Programa Juego Responsable?
9. ¿Con qué frecuencia se realizan encuentros interdisciplinarios?
10. ¿Qué aspectos abordan interdisciplinariamente y qué aspectos no?
11. ¿Cuál cree que son las ventajas y desventajas de la intervención interdisciplinaria?
12. ¿Qué considera sobre la aplicación de la interdisciplina?

ENTREVISTA N°3

OBJETIVO: Determinar si el trabajador social en su intervención profesional, desarrolla un abordaje familiar.

VARIABLE: a) Intervención profesional
b) Abordaje familiar

DEFINICIÓN VARIABLE a): Es el conjunto de acciones, desarrolladas por el trabajador social, que se estructuran en relación con las demandas que se establecen desde los sujetos con los cuales se dinamiza dicha intervención.

SUB-VARIABLE: Acciones, del trabajador social.

CATEGORIAS:

- Concepto
- Características
- Tipos
- Apreciación del rol del trabajador social

DEFINICIÓN VARIABLE b): Intervención social llevada a cabo por un profesional con grupos familiares.

SUB-VARIABLES: Intervención familiar

CATEGORIAS:

- Concepto
- Implementación
- Participación de la familia
- Posicionamiento profesional

ENTREVISTA N°3

NOMBRE:

PROFESION:

PREGUNTAS:

1. ¿Qué entiende por intervención profesional del trabajador social?
2. ¿Qué características podría mencionar?
3. Para usted ¿Qué tipo de intervenciones existen?
4. En el Programa ¿Qué intervenciones se implementan?
5. ¿Podría definir abordaje familiar?
6. En la institución ¿Se realiza un abordaje familiar? ¿Cómo se lleva a cabo?
7. ¿Considera que existen limitaciones en su intervención familiar? ¿Cuáles?
8. La familia del sujeto ¿qué tipo de participación desarrolla en la intervención?
9. ¿Cuál es su posicionamiento profesional con respecto al abordaje familiar?
10. Según su visión ¿Cuál es la representación social que tiene la familia en relación a la intervención del trabajador social?
11. ¿Considera importante el papel del trabajador social en el Programa?

ANEXO III

Desgravación de entrevistas en profundidad y notas de las observaciones participantes

ENTREVISTA A LA PSICOLOGA

Nota: la entrevista se llevó a cabo en el edificio donde funciona el Programa Juego Responsable, en la cocina, la cual es utilizada como espacio común. Estaban presentes la licenciada, las tesistas y luego se incorporan Edgardo y Virginia. Durante el desarrollo de la entrevista se produjeron interrupciones importantes.

Yesica: ¿Qué formación académica tenés y donde la has realizado?

Gabriela: La licenciatura en psicología, en la Universidad de Congreso y algunos cursos de posgrado en la Universidad de Cuyo y en Buenos Aires

Yesica: ¿Y tenés alguna especialización, un posgrado?

Gabriela: No, estoy haciendo una, tengo cursos de posgrado pero estoy haciendo una especialización en problemáticas de consumo.

Yesica: ¿Qué funciones desempeñas dentro de la institución?

Gabriela: Y estoy como jefa del Programa, y atiendo como la asistencia como psicóloga

Yesica: O sea las actividades concretas ¿serian dentro de psicología?

Gabriela: Si, como jefa del Programa, bueno son otro montón de actividades que tienen que ver con la promoción, la prevención y toda la parte organización administrativa, toda una tarea que tiene que ver también con la comunicación que se le llama abordar la problemática intersectorialmente, entonces tengo reuniones como coordinadora del equipo con el Plan Provincial de Adicciones, soy parte del consejo asesor intersectorial

del Plan de Adicciones, bueno todo ese tipo también de, no me acuerdo ahora que otras reuniones, con otros sectores para el abordaje de la problemática.

Yesica: Sabíamos que hay otros profesionales una trabajadora social y un psiquiatra ellos ¿qué funciones desempeñan dentro del programa?

Gabriela: Y cada uno desempeña su función profesional, o sea, el psiquiatra aporta digamos la escucha desde la disciplina propia de él, la Trabajadora social lo mismo y el otro psicólogo también, o sea, las funciones que desempeñan dentro del equipo interdisciplinario tienen que ver con participar con los proceso de admisión del pacientes, poder aportar diagnostico aproximativo de la situación, y sostener los tratamientos, las orientaciones familiares, los talleres informativos y toda actividad que se proponga con lo que tiene que ver la que promoción, digamos de alguna manera de la salud en función de participar en seminarios, otros talleres que se den por fuera, o congresos, hemos tenido la participación en el congreso internacional de adicciones en San Juan como equipo, entonces uno expone la problemática y va haciendo visible lo que es la problemática del juego compulsivo.

Yesica: ¿Todos en equipo?

Gabriela: si, no todos porque en la participación en esos espacios es voluntaria porque dentro del programa hay cinco horas como profesionales son contratados entonces dentro de la posibilidades y el interés de cada uno de ellos, van participando en algunas actividades hemos participado tres, Virginia, Edgardo como médico psiquiatra, Virginia como trabajadora social, y yo como psicóloga, y en una ha intervenido el otro psicólogo también. En general estamos participando como equipo nosotros tres, digo también hay que tener una producción de tiempo para esos espacios, a veces hay que no solamente hay que disponer sino también producir el tiempo para eso y el interés y el compromiso con la función porque eso no es obligatorio. Se propone como parte del trabajo en equipo pero la decisión de participar o no es voluntad de cada uno de ellos.

Yesica: Gabriela ¿qué entendés por interdisciplina o trabajo interdisciplinar? ¿O características de la misma?

Gabriela: Lo que, en realidad no solamente yo entiendo sino lo que se ha construido acá como concepto es justamente eso, la construcción de un caso particular nosotros no recibimos a un ludópata o a una persona con problemas de juego nosotros recibimos a un sujeto que expresa alguna problemática en relación al juego y a partir de ahí trabajamos sobre ese caso particular, es decir, cómo se inserta la problemática de juego dentro del contexto familiar, dentro del contexto social, dentro del contexto particular si tiene o no tiene otros rasgos, como quien dice de personalidad para que eso se anude de uno u otra manera, y para eso como la problemática es compleja lo que hacemos es trabajar tanto con la disciplina, desde la psiquiatría, del trabajo social y desde la psicología que aporta cada uno desde su mirada para construir ese caso particular, entiendo que eso es la interdisciplina, ninguno de nosotros se inmiscuye en el trabajo del otro ni se tiene una visión hegemónica del problema porque a veces sucede que por ejemplo en otros equipos funciona que el psicólogo manda a que el trabajador social haga tal o cual actividad, o que el psiquiatra determine cuantas sesiones psicológicas debe tener, en este equipo no pasa eso, en este equipo lo que se va trabajando es justamente eso, la construcción del caso particular como cada uno va sosteniendo la mirada sobre eso, que es posible hacer desde cada disciplina, y cada disciplina da su aporte no hay una mirada hegemónica, no porque la ludopatía es más psiquiátrica que psicológica, o más psicológica que social por ejemplo, eso se construye y lo hemos hecho con mucho esfuerzo y muchas horas de trabajo en equipo, no está dado la interdisciplina no está dada en ningún equipo eso me parece es lo más importante de captar, se construye, se construye a veces hay posiciones diferentes y se da espacios a la discusión y a la diferencia también, cuando no hay acuerdos siempre se pide una supervisión u otra mirada para que intervenga, así concebimos nosotros la interdisciplina.

Yesica: ¿Qué ventajas o desventajas encontrás de trabajar interdisciplinariamente?

Gabriela: Yo encuentro más ventajas que desventajas, o sea para mí la ventaja de la interdisciplina es lo que les decía hace un momento, poder sumar aportes desde otras disciplinas y que ese aporte sirva también como una propuesta crítica lo que cada uno está pensando, y en relación a que a veces surgen diferencias o que no estamos totalmente de acuerdo yo no lo veo como un desventaja, sino me parece que también es una ventaja para poder pensar de otra manera la problemática, o la problemática que

hace pregunta en ese caso, entonces nosotros al menos a nivel de equipo no lo hemos vivido como una desventaja porque concebimos que trabajar interdisciplinariamente es aceptar también la propuesta del otro, el punto diferencial del otro, como así también los acuerdos pero nos parece que siempre es un aporte que va sumando eso, no trabajar de forma interdisciplinaria creo que cualquier profesional de esas disciplinas se queda muy solo en el trabajo y termina siendo una mirada reduccionista del problema.

Yesica: ¿Y hay una frecuencia de estos encuentros en reuniones de equipo o depende de los tiempos?

Gabriela: sí, tratamos de que si tenemos que establecer una frecuencia sea quincenal pero lo que se va dando cuando hay que debatir a lo mejor algún caso, un buen trabajo interdisciplinario lo que muestra es que por ahí trabajas interdisciplinariamente sin necesidad de juntarte a parte para debatir el caso, nosotros nos encontramos con que a veces tenemos mucha demanda a nivel de turnos y vamos interviniendo cada uno desde su disciplina pero como que vamos encontrando el mismo punto hacia dónde dirigir, que eso es haber logrado un trabajo interdisciplinario no que uno valla que uno puntúe la dirección de un tratamiento para un lado y otro para otro. Pero si, si establecemos una frecuencia para trabajar como siempre cada quince días, si es necesario trabajar algo y si no lo vamos trabajando así cuando falta un paciente en horario antes de que comiencen las entrevistas.

Yesica: Con respecto al rol o la función del trabajador social ¿crees importante el papel del trabajador social dentro del Programa y en la institución?

Gabriela: Si

Yesica: ¿Y por qué?

Gabriela: Y justamente porque el aporte de un trabajador social es diferente de la mirada del psicólogo o del psiquiatra, digo, el aporte que puede hacer en relación a un diagnóstico social y con social digo desde un contexto familiar, desde un contexto comunitario siempre es diferente a lo que puedo estar escuchando yo, lo que puede estar

escuchando el psiquiatra, el tema es poder respetar esos aportes pero claro es valioso por supuesto.

Yesica: ¿Cuáles son los objetivos de la institución, del Programa?

Gabriela: Básicamente es dar una respuesta a la problemática, a todas las problemática que están en relación con el juego problemático, con el juego compulsivo para no repetir problemático, pero es dar una respuesta a través de un espacio de escucha fundamentalmente, y como les decía después se construye cómo es la direccionalidad de cada tratamiento en particular, pero lo primero que se ofrece ese espacio de atención, de escucha después se organizan orientaciones familiares o en talleres o específicamente en un tratamiento, que es poder dar respuesta a esta problemática.

Yesica: Después nosotros habíamos hecho un recorrido histórico con respecto a los modelos de intervención del abstencionismo y reducción de daño. ¿Qué entendés vos por modelo abstencionista o podes caracterizarlo?

Gabriela: No es lo que entienda sino lo que esta conceptualizado como modelo abstencionista es un modelo que aparece en un momento epocal, cultural, histórico determinado que eso es importante siempre contextualizarlo porque ningún modelo de abordaje esta descolgado de su época o sea es respuesta a la época que se viven entonces digamos que está en con relación con las leyes vigentes donde el modelo abstencionista va de la mano con lo que se llama lo prohibitivo a nivel de por ejemplo en el caso del juego sería un objetivo del tratamiento prohibirle que juegue que se abstenga de jugar por eso se llama modelo abstencionista donde quizás las intervenciones están más puestas, y esta es mi lectura, desde una cuestión quizás de una sanción moral de lo que está bien y lo que está mal a pensar la problemática como un modo de sufrimiento del sujeto, me parece que en un modelo abstencionista se abstrae más el objeto como droga como sustancia en este caso sería el juego como el objeto elegido para y entonces recae la mirada sobre por ejemplo se cierran salas de juego toda y esta cuestión dejando por fuera la elección que hace el sujeto respecto de eso, eso sería para mí lo más puntual de un modelo abstencionista.

Yesica: ¿Y actualmente crees que se encuentra vigente este modelo en otras instituciones, acá mismo y en profesionales?

Gabriela: si, si creo que **sí** y creo que conviven más allá del modelo, me parece que a veces que hay tiempos de transición en los que a veces aunque se, como política institucional este la reducción de daños hay intervenciones que apuntan a ser abstencionistas o que estén más digamos operando del modo de una abstención, pero si, de hecho es un modelo en las comunidades terapéuticas es un modelo que rige el abstencionista.

Yesica: Y con respecto al modelo de reducción de daños, ¿podrían decirme conceptualmente como lo entendés, caracterizarlos?

Gabriela: y la reducción de daños digamos que pone el acento sobre posibilitar al sujeto reducir su malestar, entonces a veces ha sido como un malentendido, porque como que a veces se acepta por ejemplo que el sujeto juegue menos a que no juegue, porque se entiende, como les dije hace un momento, que el juego no tiene, no es un síntoma aislado del contexto histórico particular de ese sujeto entonces no tendría sentido prohibirle que juegue cuando eso no solo puede estar provocando un malestar sino que puede estar aliviando un malestar peor, entonces con el modelo de reducción de daños digamos que se responsabiliza al sujeto de su acto, se le da una mayor participación en la responsabilidad de su elección, no se sanciona moralmente, uno no es el que dice si está bien o está mal, de ultima trabaja si esa elección pone en riesgo su vida o la de terceros, bueno se va trabajando en que ese daño empiece a reducirse pero no si está bien o está mal que juegue o que consuma.

Daniela: ¿Vos lo consideras más ventajoso a este modelo que el abstencionismo?

Gabriela: Yo no considero a los modelos en cuestión de ventajas y desventajas, me parece que son posicionamientos éticos porque tiene que ver como una concepción también que vos tengas del sujeto y de lo que se concibe como síntoma o como problemática, entonces no quedan tantas opciones uno se posiciona de un lado o de otro es un posicionamiento ético alguien que considera que un sujeto se debe responsabilizar de sus actos no podría actuar de un modelo abstencionista, entonces creo que es eso,

porque ventajas y desventajas tenés en los dos modelos, en los dos y creo que, yo no lo miro por ahí creo que va con la ética de cada profesional.

Yesica: ¿Y desde esta institución de que aporte de modelo toman?

Gabriela: y desde el Programa trabajamos, la mirada interdisciplinaria es sobre la reducción de daños, y en esto, digo, como les dije hace un momento eso al menos es como direccionamiento político de ahí en más cada profesional eso es una posición ética porque no se sabe que pasa en una clínica particular a veces, o si se sabe, pero bueno sobre eso es más difícil intervenir pero como lineamiento de equipo, como política institucional y se trabaja más con la idea de la reducción de daños, responsabilizar al sujeto, trabajar el juego como una problemática, como un síntoma, como algo que está diciendo algo, o sea, está poniendo en acto alguna otra cosa, no aislamos al ludópata

Yesica: Y cuando trabajan con el paciente ¿vos crees que el paciente tiene esta concepción desde donde se paran ustedes, la institución?

Gabriela: no eso es un deber del profesional informárselo, es un deber del equipo interdisciplinario, no sé si a veces tiene sentido explicarle los paradigmas porque eso si le interesa lo lee en cualquier lado pero si la transmisión de cómo se está trabajando, que es lo que se va hacer, hacia donde se va apuntar, cual es la concepción que en el equipo se tiene del juego, del juego problemático, del juego compulsivo eso es un deber del profesional y del equipo interdisciplinario transmitírselo de hecho se firma un consentimiento informado donde el paciente tiene que dar, voluntariamente aceptar eso pero sobre todo en base a una información que se le está dando, eso es un deber, no tiene por qué saberlo el paciente, hay que informárselo.

ENTREVISTA AL PSIQUIATRA

Nota: la entrevista se llevó a cabo en el edificio donde funciona el Programa Juego Responsable, en la cocina, la cual es utilizada como espacio común. Estaban presentes el psiquiatra, las tesisas, Virginia, Gabriela y una profesional perteneciente al Plan de Adicciones. Anteriormente Edgardo estuvo observando la entrevista realizada a la

licenciada Gabriela Álvarez, por lo que algunas de sus respuestas hacían referencia a la misma. En varias ocasiones se produjeron interrupciones por parte de varias personas que se encontraban en el mismo espacio, además surgieron distracciones por parte del entrevistado.

Yesica: ¿qué formación académica tenés? ¿Alguna especialización o posgrado?

Edgardo: Eh, si la, el título de posgrado que tengo yo es de Psiquiatra, me forme en la Universidad de Cuyo, Nacional de Cuyo como médico y como psiquiatra he hecho la residencia en el Hospital El Sauce y ahora me estoy formando en bioética, pero no tengo todavía ningún título, he hecho curso de posgrado nada más.

Yesica: ¿y estás trabajando en...?

Edgardo: estoy trabajando en el Hospital El Sauce, si ahí integro el Comité de Bioética, y acá y en una institución también que es el DAMSU, que es la obra social de la Universidad y en una institución que es para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia.

Virginia: perdón, vos explicale a las chicas qué lo que es el Comité de Bioética, cómo es que surge, por qué en salud mental surge esta iniciativa.

Edgardo: en realidad surge, para ser sincero porque nosotros tenemos una amiga que se formó en bioética, vino de su formación, que la hizo en el extranjero, volvió al hospital, que ahí tenía un cargo de planta así que, esta formación la hizo en un año que se pidió ella de licencia y bueno, cuando volvió nos empezó a contagiar de estas ideas digamos, y así que largo así el comité, así como una suma de voluntades de gente que decíamos, ni siquiera sabíamos lo que era la bioética, sino que veíamos que a simple vista, primera vista cuestiones de ética estaban fallando mucho en la institución y así se armó el grupo y durante un tiempo nos dedicamos a formarnos, estuvimos casi un año dedicados solo a eso, a estudiar digamos, nos juntamos, debatíamos los temas, y esta chica que es la que, ella tiene un master en bioética, nos iba como orientando un poco, hasta que ya nosotros hicimos nuestro criterio, después ella se fue a seguir su formación y nos quedamos

nosotros ahí, llevando adelante ese proyecto y hoy por hoy bueno esta instaurado con resoluciones, estamos armando nuestro espacio, de debate, de difusión, de los temas de bioética y justo hoy, por ejemplo, hoy hemos, hoy hicimos una, una reunión donde hemos invitado más gente, estamos abriendo el número, tenemos ganas de hacer un seminario, eh un boletín, este, hemos empezado a discutir casos, esta buena la experiencia, interesantísimo, estamos haciéndolo desde una mirada, la ética tiene muchas miradas, muchas miradas este, hay muchos posicionamientos éticos, eh y nosotros estamos orientados desde el posicionamiento de la ética de los derechos humanos, de salud integral, incluye la salud integral y donde se consideran problemáticas más latinoamericanas, porque hoy en día vos metes bioética en Google y el 90% de la información que te va aparecer es de orientación anglosajona, que ellos tienen otro tipo de problemáticas, no debaten digamos, vos acá es interesante y está bueno debatir algunas cosas como muerte digna, como son los temas más hoy en día, que están más, hay una eticista muy famosa que dice que esos son temas sexies, dice en la bioética se puede hablar de temas sexies y temas aburridos, los temas sexies porque son temas que salen en los diarios, son bueno, como ahora por ejemplo.

Daniela: más mediáticos.

Edgardo: claro bien mediáticos, como atraen voluntades, se apasionan por esos temas y todo, por eso les llama así y los temas aburridos son los temas que en realidad tenemos más nosotros acá, que son más transversales, como por ejemplo la justicia distributiva y el acceso a la salud, osea vos te podes matar pensando en cómo hacer un programa, cómo distribuir por ejemplo los órganos del Programa de Trasplante de Órganos, que está bueno que eso se haga, eso vos podes copiar modelos, porque eso lo están haciendo en otros países que se yo, pero acá tenés el 40% de la población que no tiene acceso a la salud básica.

Daniela: claro, entonces queda a un lado eso de...

Edgardo: entonces esta bueno, pero tampoco hay que quedarse laburando en problemas son de otros lados.

Virginia: o como la ley de fertilización asistida, que ya se aprobó, esta mañana.

Edgardo: claro la ley de fertilización asistida

Daniela: ah ¿ya se aprobó?

Virginia: si ayer o esta mañana

Edgardo: eso realmente, en un punto de vista ético es, es yo no soy especialista en tema ni nada, pero a simple vista dice bueno, estamos por ahí, seguimos pensando en una cabeza muy eurocéntrica o de países centrales que nos llama tanto la atención eso y no, está bien si vos te pones en el caso individual de una pareja, de querer tener un hijo y que no puede, está bien, pero vos le estas exigiendo a la obra social que cubra eso y la obra social no está cubriendo tratamientos básicos.

Daniela: no, si es verdad, no te cubren fisioterapia

Edgardo: entonces desde un punto de vista de justicia redistributiva, ojo capaz que está muy bien analizado, yo no sé, no me he metido para nada en el tema.

Virginia: es tan complejo que tiene muchas aristas.

Edgardo: pero ponele, ese tipo de decisiones, ojala no sé si se ha hecho así pero esas leyes estaría bueno que un equipo de bioética haya estado orientando para ver si eso está bueno o no, la ley de salud mental estuvo bastante orientada por equipos de gente que trabajaba en bioética, que trabaja.

Virginia: y también que importante que cuando sale, cuando se homologa la ley realmente había un esfuerzo de muchos sectores, inclusive de ONG, de asociaciones de profesionales, en las cuales digamos hubo un empuje para que la ley saliera, y si bien faltan cosas por reglamentar, fue un gran avance y por ahí lo quise ver desde esto de la fertilización cuando, si lo ven en el noticiero había grupos, un montón de grupos de mujeres, grupos de lesbianas, osea de parejas que habían ido a apoyar la ley, difícilmente

uno vea que los pacientes con los cuales uno trabaja puedan tener esas fuerzas de movilización y que mediáticamente se los muestre desde ese lugar de poder, de movilizarse ¿no?, es como por ahí que mediáticamente también se utiliza la problemática de salud mental desde otro lugar, desde bueno ¿cómo se concibe?, desde un lugar de objeto, desde un lugar que bueno, sufriente, osea eso también bueno lleva a que mediáticamente, como dice Edgardo por ahí entonces no se piense en otras prioridades básicas que tendrían que estar y que bueno no están, que no esté ese empuje, no se pone en la agenda social, visible.

Yesica: ¿crees importante, lo mismo le pregunte a Gabriela, el rol del trabajador social dentro de la institución, dentro del Programa? No porque esté Virginia acá, justo

Daniela: te condiciona, la respuesta.

Yesica: ¿y por qué, si crees importante y porque?

Edgardo: tengo miedo, ja ja

Yesica: estas presionado, ja ja

Edgardo: tengo miedo de lo que pueda llegar a decir, este no, si claro que sí, sí, sí. No si la otra vuelta no estabas vos y le dije que si ¿no es cierto? Paso la tensión a ella, ja ja

Daniela: ¿y por qué crees que si?

Edgardo: porque complementa, básicamente complementa la mirada interdisciplinar, este, pensado esto desde una lógica interdisciplinar muchas veces no hace falta mucho más que eso para justificar la importancia del rol, pero bueno a parte también porque es un punto de vista de la salud integral digamos nosotros los profesionales que estamos formados desde el paradigma de la enfermedad, nos cuesta posicionarnos de otros lados, y seria medio también, no estaría bueno que nosotros tengamos que hacer ese esfuerzo solos de posicionarnos de otro lado cuando tenemos la posibilidad de trabajar con un profesional que ha sido formado con otra mirada, este, te nutre, te enriquece, probamente

si yo no hubiera trabajado con, por eso para mí la residencia esta buena, ese ejercicio, tiene un montón de defectos y todo, pero uno se forma ya trabajando desde la interdisciplina y probablemente yo no tendría la mirada que tengo hoy de la patología, cierto, influye también en el criterio que después tiene un profesional y por eso más allá de las personas esta bueno que este el rol del trabajador social jugando fuerte en la interdisciplina.

(Interrupción)

Daniela: al aspecto teórico pasaríamos ahora, lo mismo que ya más o menos viste, ¿Cómo conceptualizas vos el abstencionismo? ¿Cómo lo podrías caracterizar?

Edgardo: sí, claro es que después de escucharla a la Gaby, uno se repite, si, si es una realidad, el abstencionismo surge en una época y en un contexto donde, ya ahí tenemos que hablar que en esa época la problemática del juego ni siquiera estaba tan problematizada, este, el jugador para ponerlo en el mismo, tratando de hacer un parangón con el tema de adicciones, el juego era, era en esa época a los casinos se entraba con zapatos lustrados y corbata, osea el juego era de una clase que, para ponerlo, comparándolo con el problema de las drogas es lo mismo que el alcohólico de whisky, es un alcoholismo que nunca esta tan visualizado como un problema, pero vos ves en todas las películas al tipo que cada vez que entra alguien a su oficina aprovecha esa ocasión para tomarse un whiskacho, es un alcohólico y hace síndrome de abstinencia, este y es un problema que bueno, es mas esta bueno tener un Ballantine en tu oficina o un Chivas, que se yo, y eso es una problemática de consumo también, este, pero bueno dentro de ese contexto que surge el modelo abstencionista yo por ahí lo que les agregó que escuché ahí que decía la Gaby, hay que tener en cuenta también que en ese momento no se veía el problema del juego, se trabajaba sobre todo con el problema de drogas, el problema de drogas estaba muy relacionado desde el, a un nivel estatal como un problema más moral y criminal, estaba criminalizado el consumo, sigue estando hasta que no cambien la ley, no se ha cambiado la ley, osea la ley de salud mental por ahí está contradiciendo algunas cosas de la ley de estupefacientes, pero todavía no sé, hay varios proyectos de ley que como uno de Aníbal Fernández seguro no lo van a encauzar y está bueno, pero ahí el tema es que la ley de estupefacientes es una ley pensada desde lo criminalístico, antes por ejemplo, todavía existe esto las becas para las, que a los

pacientes les cubran tratamientos más intensivos, de tipo comunidades terapéuticas, este, las pagaba SEDRONAR, y SEDRONAR es un organismo que, es el organismo que en realidad esta comandado por la policía federar, imagínate, la policía federar es la que está comandando las estrategias de tratamiento, entonces de ahí surge el modelo también, como por ejemplo vos decís al consumidor experimentado le daban medidas de educación, medidas de seguridad, medidas de seguridad curativas, fijate al experimental medidas de seguridad y medidas curativas y las otras medidas educativas para el que tenía un uso problemático de drogas, bueno en ese contexto surge el modelo abstencionista, y el modelo abstencionista un poco descuidado por el estado, la parte asistencial tomaron el rol por ahí, las personas que arman las primeras comunidades terapéuticas que están más relacionadas a lo religioso, osea era moral, si no lo veías como algo criminal, lo podías ver como un pecado digamos, como un...

Virginia: y re-educarlos, osea se salió de la norma entonces hay que reeducarlo, integrarlo, reinsertarlo sin diferenciar si te fumaba un porro o si te fumaba 32, ¿no? digamos la idea era cualquier.

Edgardo: igual estoy hablando yo ahora, ja ja era un chiste, la interdisciplina, "callate que hablo yo".

Daniela: recién nosotras, eh Gabriela nos decía de que en ambos modelos hay ventajas y desventajas, ¿nos podrías nombrar algunas desventajas y ventajas de este modelo abstencionista?

Edgardo: uh desventajas tiene casi, para mi tiene casi todas, yo no le veo como mucho utilismo, este, hay situaciones por ahí, osea desventajas todo, todo es privativo de la libertad, no está basado en derechos, realmente no hay ningún derecho que intervenga en esos aciertos, este es, no sé, un montón, en general el modelo tiende a trabajar a la problemática fuera de la comunidad donde se origina, entonces por ahí mandaban a los pacientes, lo que pasa que en el juego viste en el casino esta, te voy a hablar más en general del consumo de sustancias, mandabas al sujeto a otra provincia donde lo tenían encerrado un montón de tiempo, donde hacían prácticas que muchas veces ha habido como un pacto de silencio, que no se decía después lo que pasaba ahí adentro, yo me enteraba porque tengo un amigo que estuvo en comunidad terapéutica y todo, habían

hasta veces cuestiones que ellos llamaban el confronte, que es vos y yo tuvimos un problema esta semana, todos hacen una ronda y arréglenselas, y si se tienen que arreglar a las piñas, se arreglan a las piñas, osea pasaba de todo ahí y pasa, sigue pasando, y menos, menos porque en un principio ahí no entraba, fijate como la concepción era más moralista que en un principio no entraban los profesionales, los primeros que empezaron a entrar fueron algunos psicólogos, psicólogos sociales, algunos psiquiatras, que estaba mal visto que vos trabajaras en un lugar así, osea bueno te estabas metiendo en un lugar que no era digno de tu profesión, que se yo, bueno un montón de cosas y ahí entran las cuestiones (risas), ahí entran las cuestiones estas eh, osea se, realmente el modelo abstencionista, si, ponele que se puede llegar a pensar que por ahí en una etapa, algo medio Serafín, pero en una etapa inicial de una persona que está en mucho riesgo, que la persona lo pide o le informas las opciones, que no hay una opción mejor, menos restrictiva de la libertad que se yo, bueno si se hace, cuando hay riesgos lo que habla hoy la ley de riesgo cierto inminente, si hay riesgo de daño irreversible, de bueno situaciones así, pero la verdad que no son tampoco, la mayoría de los casos no se guían de eso, antes riesgo, peligrosidad era más para terceros que para sí mismo, entonces una familia que decía no sé, nosotros hemos tenido una paciente, hablando de lo, de la anti-interdisciplina que hablábamos recién, este, eh una paciente donde un criterio para mandarla a internar era que había vendido 2 plasmas y que tenía un amante, y bueno.

Daniela: osea ¿conviven acá en el Programa los dos modelos?

Virginia: ya no convivimos, estamos separados, pero sí.

Edgardo: y en todos lados seguís teniendo profesionales de la vieja escuela que tienen otra mirada que se yo, y bueno y están articulados con los profesionales que piensan de otra manera y bueno...

Virginia: eso que dice Edgardo era uno de los motivos de lo cual en la reunión de equipo íbamos a hablar de un informe, las chicas no lo conocen, osea conocen algo del caso que fue el de la familia que vino esa vez, no conocen todo el desarrollo del caso, si tenemos tiempo lo vamos a ver. Pero por ahí esto que dice Edgardo pasa a ser un poco esto de bueno con quién uno puede terminar trabajando y con quien no, osea mas allá que haya,

creo que es un ejemplo concreto de esa división pero en realidad tiene que ver cómo uno éticamente se posiciona y concibe no solo la problemática, el sujeto, como sujeto de derecho, porque sino también es muy fácil cuando uno arma una estrategia de trabajo y no tiene, a ver va tomando el rumbo que el sujeto decide, por más que uno haya, haga sus orientaciones, eh es muy fácil ponerse en la posición bueno porque no tiene familia yo no lo atiende, bueno no porque no hizo lo que yo dije, porque no está en abstinencia yo no lo atiende, a ver el sujeto es sujeto tiene derecho a recibir una prestación de salud yo no puedo, no puedo estar con esa posición porque entonces restrinjo el campo con el cual trabajo o termino derivando todo, entonces bueno básicamente es eso, terminó siendo como el ejemplo concreto de lo que sería una persona que está por fuera de este sistema digamos, que se coloca fuera.

Edgardo: y una persona de consulta vulnerable, la persona de consulta vulnerable vos puedes orientarla en cierto sentido entonces el tema de que es su consentimiento puede estar manipulado, puede estar sesgado porque en la otra consulta nosotros tuvimos otra...esa paciente está dispuesta a internarse y en la otra consulta le ofrecimos otro modelo de abordaje y todo y también estaba dispuesta hacer ese otro modelo de abordaje y el hecho de hoy que lo bueno es que tenemos ya el resultado opuesto que está re bien la paciente, que no fue internada en ningún lado.

Virginia: pero igual digo, lo riesgoso de esto es que la familia o la paciente coloque la situación de internación como una solución, entonces el correrse de ese posicionamiento y después que el paciente entienda que vos estas proponiendo un tratamiento más integral pero desde ambulatorio significa que no estés adentro internado es muy difícil, por eso la propuesta de internación es lo último, lo más privativo a la libertad y al contexto que tiene esa persona, es lo último que se ofrece, no lo primero porque no, el paciente tomo otra decisión o porque yo hice una mala intervención, ojo.

Daniela: bueno y ahora el otro modelo, la otra cara, eh ¿cómo nos puedes conceptualizar la reducción de daños, caracterizarla?

Edgardo: eh, no sé qué decirte, este ¿cómo contextualizarla me decís?

Daniela: ¿cómo conceptualizarla? o ¿cómo la entendés? ¿Cómo nos la explicarías?

Edgardo: ¿en el caso del juego?

Daniela: si en general, en las adicciones, en la problemática de consumo.

Edgardo: mirá, este yo creo que más que nada tiene que ver con un modelo donde ya no se trabaja con que el problema por ejemplo del consumo, por decirlo en estos casos sea que lo consuma en sí mismo sino las repercusiones que tiene sobre el individuo entonces desde ese punto de vista es como que no, no se acepta, está mal dicho se acepta, se contempla la posibilidad de que el individuo siga realizando sus prácticas o siga optando por lo que el elige o tal vez tener un objetivo más limitado o acorde a lo que, a lo que el elija o si puede hacerla es la realidad y tratando de aliviar más que nada el sufrimiento del individuo que es lo que el siempre viene a buscar, la mayoría de los pacientes que vienen con un problema de consumo no tienen la intención de que, de no consumir más sino de que se les alivie el sufrimiento, está bien que por ahí cuando uno llega a la determinación de plantearle al paciente "mire pero esto no es posible, probablemente usted va a tener que tratar buscar la forma de no consumir más esa sustancia", se plantea pero está planteado desde otro lugar, no se plantea un abstencionismo, fijate que tal vez el resultado final es el mismo: que el individuo no se relacione más con ese objeto de consumo pero está planteado desde otro lugar se trabaja de otro lado, yo te puedo decir por ejemplo de un paciente que en realidad él, su principal motivo de consulta, en realidad él no tiene motivo de consulta, consulta primero el hijo, por ahí a mí me resulta más fácil mostrárselo en un caso, este consulta el hijo y cuando viene el paciente él no tiene problema, supuestamente no tiene problemas no se le da ni siquiera otra entrevista, o creo que se le deja reservado un espacio pero no viene, bueno vuelve al tiempo otra vez, vuelve el hijo con la mujer, este entonces después viene él tampoco tiene problemas, tercera oportunidad que él se presenta trae un problema que es que se le está subiendo la presión mucho cuando sale del casino y el medico clínico le ha dicho que es un problema de presión emotiva que ya mucho diagnostican los médicos y ya le habían metido un Alplax osea, ya habían intervenido desde ahí, entonces ahí si hay una posibilidad de trabajar pero se pacta con el paciente que se va a trabajar en esa problemática y el paciente hoy en día no juega mas pero tal vez el resultado fue un, es

que tampoco hablas de abstención, el eligió no jugar más pero lo entendió desde las repercusiones que tiene para su cuerpo, desde el sufrimiento, se puede hacer un trabajo que el entienda cómo influye eso en su cuerpo y que si influye en su cuerpo por algo es y se fue haciendo todo un trabajo de visualizar el problema, lo termino visualizando y no está jugando más y acá sigue viniendo y cuando viene lo primero que él hace te cuenta cómo anda de la presión viste, y no se trabajó el tema del juego, el no jugo más y yo me entere de casualidad que no está jugando más porque él no estaba trabajando en si el problema del juego, entonces eso tiene que ver con que vos abordes el caso desde donde lo abordas, si vos trabajas desde la salud integral y con lo que el paciente refiere como sufrimiento, no sé si les respondí.

Daniela: muchas gracias

ENTREVISTA A LA TRABAJADORA SOCIAL

Nota: la entrevista se lleva a cabo en la oficina de Acción Social, de la Universidad Nacional de Cuyo. Estaban presentes la licenciada Virginia Roggerone, y las tesisistas. Durante el transcurso de la entrevista no hubo interrupciones.

Yesica: Bueno la primera pregunta era ¿qué formación académica tiene y donde la realizo, si has realizado alguna especialización, formación?

Virginia: Bien, ahh, la formación de grado es de la Universidad Nacional de Cuyo, la Licenciatura en Trabajo Social, ehh, después hice la residencia interdisciplinaria en salud mental, que es una formación que la da el ministerio de salud de la nación, es una residencia interdisciplinaria que la hice, bueno, salí de, ehh, yo egrese en el 2002, no perdón del 2002 al 2005 que esa te da la especialidad en salud mental, y... esa la hice en el hospital neuro-psiquiátrico El Sauce y en el Pereyra , y ¿cuál era la otra pregunta?

Yesica: Si, ¿si realizaste algún posgrado o alguna especialización, eso?

Virginia: Si, todas las especializaciones que yo hice tiene que ver con el área de la salud mental, que tiene que ver con el área de las adicciones, una diplomatura en adicciones, que es la que ustedes tienen en internet, bueno se va a grabar esto, pero....

Yesica: Si, si

Virginia: Pero es las que yo les mande bien el nombre que está en el trabajo, que la hice en la Universidad de Mendoza y después hice una maestría en terapia sistémica, que esa yo no la termine, ehh, pero siempre me he estado relacionando con el área de la salud mental, bueno pero y otros cursos siempre en esa área, básicamente la formación.

Yesica: ¿Y qué funciones desarrolla dentro de la institución, dentro del programa?

Virginia: En el programa yo estoy desde el año 2008, desde diciembre del 2008, donde el programa hace un cambio luego de haber estado funcionando un tiempo, el programa después queda como un espacio de revisión, y desde noviembre, diciembre del 2008 el programa comienza a funcionar dentro del convenio, del área de adicciones y el Instituto de juegos y Casinos donde se trata de empezar a pensar la problemática desde tres disciplinas, osea se hace un cambio, empieza el programa de, de poder observar la problemática desde lo interdisciplinario, ehh, eso es hasta la actualidad.

Yesica: ¿Y qué entendés por interdisciplina?

Virginia: Ehh, yo creo que la interdisciplina es un posicionamiento que básicamente tiene que, que ver con un posicionamiento y una actitud del profesional, independientemente de cualquiera sea la profesión, osea obviamente a profesiones más predispuestas desde lo humanístico, lo social, pero tiene que ver con un posicionamiento en cuanto concebir las problemáticas complejas desde lo cual uno desde su propio campo profesional tiene un límite y solo se puede entender desde un recorte, ehh, y el entender también que tiene que ver con cómo uno va plasmando su práctica, entonces el poder, mmm, entender a este proceso como complejo, que te hace entender que necesitas desde otras disciplinas aportes, miradas, espacios de discusión, debates, y desde ahí poder construir un modo de

abordaje, y sobre todo una forma de concebirla mirada de los sujetos con los cuales realizamos la práctica.

Yesica: Y ahora ¿en la institución hay otros profesionales, y a nivel concreto hacen reuniones interdisciplinarias, entrevistas?

Virginia: si, eso es bastante complejo, el proceso de la interdisciplinar es bastante complejo, como te dije es un posicionamiento de cada uno de los profesionales, por ahí uno se facilita más porque también lo concibe desde un lugar más o menos similar, ehh, a mi por ejemplo me pasa más que con el área de, de medicina con Edgardo por el mismo hecho de haber hecho la formación , el trabajar en conjunto los dos digamos hemos trabajado juntos y a la vez hemos hecho la residencia interdisciplinaria que te forma de esa forma los tres años, eso es como que bueno, en este caso te facilita obviamente y también por el posicionamiento del profesional que permita la participación de otras disciplinas desde una igualdad osea me parece que ese es el, el sentido de poder construir, sino es como bastante difícil y la verdad es que, es que este posicionamiento interdisciplinar requiere de mucho entrenamiento y no es muy, no es fácil sostenerlo, ehh así que bueno, es complejo, no sé si siempre podemos eh hacerlo en la práctica, yo creo que uno lo puede, lo piensa, por lo menos en lo personal yo lo trato de pensar desde la complejidad y siempre hace que uno necesite a un otro para poder construir ehh pero es bastante complejo, eso sobre todo con los tiempos del Programa, osea está pensado desde una dinámica muy rápida y estos dispositivos requieren mucho pensamiento, sostenerlo, respetar procesos, evaluarlo, entonces bueno, si bien yo creo que con todo estos factores, digamos, que a veces obstaculizan eso, hemos podido mantenerlo, en algunos momentos no y en otros sí, pero creo que la lógica es poder, por lo menos ,si no están esos espacios buscarlos, la interdisciplina, si...

Yesica: ¿y cuáles serían las ventajas o limitaciones de esta complejidad?

Virginia: yo creo que lo institucional porque es la poca carga horaria destinada a poder pensar algo muy complejo, entonces es como que el dispositivo estuviese armado para un dispositivo meramente asistencial donde vos tenés que llegar y atender a un paciente tras otro y por ahí el que el equipo piense esto como más desde la división de procesos o de

construcción de derechos, bueno, hay épocas que uno cuando, hay muchos pacientes, ehh y las demandas son altas, bueno, se te dificulta mucho, por ahí cuando más requieren que el equipo este mas afilado es para poder ir construyendo más rápido, pero bueno, hay casos que por más que vos quieras ir construyéndolos desde un lugar, tienen sus tiempos, sus procesos, y entonces me parece que el factor que acá juega en contra tiene que ver con esta brecha institucional en la cual se encuentra el Programa, en la cual, bueno, al depender de estos dos organismos es muy complicado que se pongan de acuerdo, a ver bueno qué hacemos, aumentamos las horas de personal, aumentamos para que haya proyectos de prevención, de investigación, o prevalecemos nada más que la asistencia para decir que el Programa funciona, por eso creo que el esfuerzo grande lo hace el equipo.

Yesica: osea que actualmente se aplica o se intenta aplicar lo interdisciplinario

Virginia: si, se aplica, lo que pasa es que, hay otros espacios que, por ejemplo tienen que ver con los modelos en los cuales unos trabajan, que no solo son los asistenciales, podrían ser preventivos, podrían ser de investigación, los cuales no los podemos hacer, porque es lógico, entonces bueno, ahí nos parece que hay a desarrollar en el Programa todavía.

Yesica: ¿ese sería un objetivo...

Virginia: si, una deuda pendiente.

Yesica: ¿y dentro del espacio, de, dentro de esa interdisciplina se diferencian claramente las profesiones o el espacio profesional del trabajo social?

Virginia: no, yo creo que si vos vieras, osea si ustedes pudieran observar, esto en lo personal, no harían entrevista, si ustedes pudieran observar una entrevista interdisciplinaria difícilmente pudieran ver cuál es el rol de uno u otro, a no ser la parte específica, que en este caso lo específico, meramente tiene que ver a veces hasta con la medicación si es necesario, eh, pero es difícil que, eh, con un buen entrenamiento digamos, en una interdisciplina por ejemplo cuando yo trabajo con Edgardo, es difícil que

vos veas cual es el rol de uno o de otro en un momento de , de admisión por ejemplo o de cuando un paciente está en tratamiento porque en realidad con, concebimos a la salud mental desde un lugar similar, osea la construimos desde ahí, no igual, porque bueno sería un ficticio, pero en realidad tiene que ver con una construcción que se logra después d un entrenamiento, pero no me parecen tan difícil de lograr, a no ser que bueno, que siga una psicoterapia o algo más privado, en este caso como hacia la Gabriela que tiene que ver con la psicoterapia individual, ahí si lo desconozco digamos, la forma de trabajo propia de esa disciplina, pero a no ser que sean espacios propios de esas personas, de revisar una medicación o de un paciente que no este, eh, este que se esté descompensando o que este en alguna crisis en la cual si necesite del apoyo farmacológico, si vas a poder diferenciarlo más, por lo menos mi experiencia con

Edgardo, no es tanto la diferencia.

Yesica: pero con Gabriela si por los espacios de Psicología que...

Virginia: si por los espacios con los cuales se ha construido ese dispositivo, si, son diferentes.

Yesica: ¿y con qué frecuencia hacen reuniones interdisciplinarias o depende de...?

Virginia: no, desde lo formal es muy difícil sostenerlo, porque como te digo, es tan poca la carga horaria que uno un poco va resolviendo el día a día, si se dan estos baches que entre paciente y paciente o si falto un paciente cuando, claro, mientras, realmente son desde la, un poco desde lo que uno puede ir construyendo en el día a día, y ya la experiencia que tenemos, bueno lo vamos, antes que el paciente entre, bueno charlamos un poco , por ahí más el equipo lo propicia desde la informalidad que desde lo formal, porque un reunión de equipo a nosotros nos implica dos o tres horas, y si tenemos cinco y tenemos pacientes, no vamos a poder hacer una reunión de dos o tres horas.

Yesica: ¿cinco horas semanales con todos?

Virginia: si, es muy poco, así que bueno.

Yesica: y dentro de la institución, ¿creen importante el rol del trabajador social?

Virginia: eh, ¿del Programa?

Yesica: aja, del Programa.

Virginia: yo creo que sí, aunque todavía falta muchísimo por hacer, osea me parece que es como que bueno, hubiesen buscado el el, a ver de acuerdo a la nueva ley cuáles son las disciplinas que tiene que estar, bueno que estén estas tres y que atiendan, un poco esa concepción de lo asistencial, en algunas cosas se avanza y en otras cosas falta mucho, digamos, el hecho de, eh, por ahí a mí me paso en lo personal, que bueno, con Edgardo siempre fue más cómodo el rol porque yo venía de la residencia, entonces directamente él concibe las problemáticas desde lo social, con Gabriela como es, con otro enfoque desde el cual su disciplina trabaja desde el mundo más intrapsíquico, por decirlo de alguna forma, es más difícil poder decir, bueno a ver cuál es el espacio que tiene Trabajo Social acá, por qué se concibe desde lo social, desde el momento que uno lo concibe social a la problemática entra en una impronta que es lo que , a jugar, digamos la variable de otra, otra, otros factores que tienen que ver con lo ambiental, lo familiar, lo laboral, lo social, lo económico, lo vincular, entonces bueno, todo esto hace que sea necesario que nosotros estemos sobre todo en el ámbito propio para mí del Trabajo Social en este Programa que tiene que ver en cómo se se se puede visualizar esta vulnerabilidad que tiene el sujeto que tiene una problemática de consumo y también otra cosa es cómo se traduce, digamos esta política del Programa en la familia, en el paciente, cuáles son los derechos que tiene, cuáles son los tratamientos que ha recibido, cómo es que en la red de salud en qué lugar se encuentra, cuáles son los tratamiento previos, cuál es el derecho y el acceso que ha tenido, todo esto tiene que ver con un enfoque más asistencial y por ahí la deuda pendiente, ya te lo dije más temprano, tiene que ver con poder entender el trabajo social desde otro lugar , por ejemplo en lo preventivo, lo territorial, lo intersectorial, el poder realizar otras acciones, ya sea grupal, a nivel familiar, que bueno obviamente no lo podemos hacer, no yo sola, no se puede, tiene que haber una decisión institucional en el cual la autoridad crea que sea necesario de que todas

estas acciones hagan a la salud mental, entonces todo esto me parece que es clave para trabajar, entonces bueno falta muchísimo en el Programa.

Yesica: bueno respecto de los modelos de intervención que hay en las adicciones, está el modelo abstencionista y el de reducción de daños, eh, ¿qué entendés vos por modelo abstencionista? o ¿podrías caracterizarlo?

Virginia: si, el modelo abstencionista, en realidad son modelos que coexisten, depende un poco digamos de cuáles son los profesionales, las instituciones que adhieren a esto, en realidad el modelo abstencionista hay algunos casos fue como cuestionado o surgieron otras posibilidades de trabajo eh, porque implicaba que, básicamente el paciente tuviese una abstencionismo, que dejara de consumir, eh las sustancias, el objeto, lo que fuera como parte primario u objetivo principal de un tratamiento, entonces bueno en base a eso había como un alto grado de recaídas, como se les llamaba porque bueno evidente el paciente, si estuviese controlado, por decirlo de alguna forma, en este proceso no estaría pidiendo ayuda. surge un modelo de reducción de daños que se empieza hablar en los profesionales, sobre todo ya después empiezan a haber otros pensamientos, pero tiene que ver en el modelo de reducción de daños con trabajar este objetivo como objetivo final, en realidad empezar a trabajar desde la, desde este sujeto como un sujeto también de derechos, de pensar, bueno a ver en esto que el paciente hace, que consume que es lo que traería mayor riesgo, cuál sería el riesgo en que puede estar en que consume esta sustancia, esta otra, cuál es el riesgo mayor a corto o largo plazo, empieza también a haber teorías que tengan que ver en que el sujeto es un sujeto de derecho y también de que elige, entonces bueno esto hace como una fuerte impronta en los equipos que no todos están de acuerdo, no todos lo piensan así, en el cual el paciente tiene sus derechos de poder elegir un tratamiento o abandonarlo, o elegir otro modelo de tratamiento, entonces bueno en este nuevo marco, que también la ley ya empieza a ser como una impronta fuerte en el año 2010, en donde el paciente tiene sus derechos a ver la historia clínica, a estar de acuerdo en un tratamiento, el consentimiento informado donde los profesionales tenemos que plasmar una historia clínica, qué es lo que la institución entiende por tratamiento, por qué se da una medicación, por qué no, todo esto habla también de, bueno, como no sé si ya de un paradigma, se está buscando como un planteo o planteos profesionales, éticos, en el cuales los trabajadores de salud mental se empieza a ser, a la fuerza de una ley, decir bueno esta ley existe hay que empezar a plasmarla en la historia clínica, en el consentimiento, entonces bueno en base a todo esto

ya estos modelos siguen coexistiendo pero lo que viene con fuerza dentro de esta impronta que tiene la ley básicamente es que todas las prácticas de salud mental se enmarquen en el margen, digamos de los derechos humanos, y eso hace una revisión fuerte en todas las disciplinas y en las posibilidades que tenemos de seguir pensando los sufrimientos mentales como una, desde una sola disciplina o realmente como algo complejo o como algo atravesado por un montón de variables, de hecho no solo en estas disciplinas tendríamos que ser las que estamos, osea se puede pensar desde muchos lugares, si se potenciaran las áreas de investigación tendría que estar a lo mejor una sociólogos, alumnos, ONGs, osea abrir toda una red gente que pudiese aportar a la construcción de los abordajes de estos modelos y de estas problemáticas, entonces bueno es como todavía un fenómeno nuevo, que si bien existe en la ley, todavía no están plasmados todos en lo operativo por decirlo de alguna forma, pero hay una fuerte impronta.

Yesica: y dentro de la institución ¿se concreta o se lleva a cabo estos modelos o también existe esta ambigüedad, esta mezcla?

Virginia: no, yo creo que la ambigüedad está en el Programa, en los profesionales porque no estamos exentos a todos estos cambios, si me parece que tratamos de hacer el esfuerzo de pensarlo, esto está también en la formación del profesional que uno siempre busca, en lo cual, en bueno esta estos deseos de aprender a poder ser operativo en la ley, pero en este caso me parece que el trabajo social y bueno en el caso del Programa Edgardo también porque él pertenece al Comité de Bioética del hospital en donde hay, osea se trata de que todas nuestras prácticas se enmarquen o se vayan a enmarcar en una construcción en el ámbito de los derechos humanos, y acá el trabajo social es el principal actor a la hora de poder traducir esto, osea a ver este paciente no es "Virginia Roggerone el ludópata, que tiene un problema compulsivo con el juego", difícilmente podamos construir un concepto nosotras desde ahí, osea esta es una persona que es vulnerable por un sufrimiento que tiene en este momento, un sufrimiento mental, por decirlo de alguna forma, eh bueno como podemos, qué lugar tiene el trabajo social en esto, cómo lo concebimos, lo concebimos como enfermo, con el estigma de la patología crónica, desde una abstencionismo, o desde un sujeto de derechos con el cual uno puede ir atando un trabajo de acuerdo al marco de sus derechos, al acceso a la salud pública,

bueno hay toda una una construcción, y cómo se traduce esta ley en la política pública, en este caso en el Programa es meramente campo nuestro, lo que yo he podido construir en este espacio.

Yesica: con respecto a la intervención del profesional ya hablamos, específicamente ¿algunas características con respecto a la intervención profesional desde el trabajo social? en general, no dentro del Programa o ¿qué consideras vos que es la intervención profesional o espacio profesional o la práctica del trabajador social?

Virginia: y en realidad un poco lo que yo he ido construyendo de acuerdo a la experiencia que tengo y que por ahí son campos laborales diferentes donde yo trabajo en la Universidad, acá en salud mental, yo me sigo apoyando en que nuestras intervenciones meramente tienen que ver con lo que te dije más temprano en el marco de el poder, no sé si dar cumplimiento, porque por ahí sería una omnipotencia, pero si el poder tomar el discurso de las personas con las que trabajamos, que son sujetos independientemente de donde sean, y poder enmarcarlos en el ámbito de los derechos, osea enmarcarlos, decir bueno a ver esta persona si tiene este tipo de situación, entonces acá en este ámbito de la Universidad o en otro, cuál es su vulnerabilidad más allá de decir una situación de pobreza extrema, sino un grado de una demanda que se abre por algún tipo de situación pobreza en la cual nosotros tomamos esto y vemos, somos como meramente articuladores de estas políticas públicas, en las cuales por algo esta persona quedo al margen o vulnerable, entonces me parece que el poder enmarcarse siempre en el ámbito de los derechos es lo que nos da como la línea rectora de la práctica, de decir no importa si es un estudiante que no tuvo acceso a una beca o si es un paciente que tiene una problemática con su familia, osea a ver los tienen derechos, los dos podemos recibir y siempre dar el mejor de atención nosotros, ¿cuál sería el mejor tipo de atención?, no importa si un 5 eran o 30, a ver los derechos humanos son uno solo, no uno solo digamos es el mismo documento en el cual se van tomando desde la salud mental, del derecho a la educación, entonces bueno, el poder traducir este espacio me parece que es un ámbito muy rico y que es propio nuestro, del trabajo social, de cómo uno va viendo cómo llega esa política pública, luego, no luego, cómo se traduce en esta familia, si esta persona queda fuera, qué otras posibilidades puede desarrollar él y en qué otras cosas

acompañamos, ahí independientemente del lugar en donde desarrollemos nuestra práctica.

Yesica: y con respecto, bueno dentro del Programa no solo está el paciente sino que está el grupo familiar alrededor, entonces primero queríamos que definieras el abordaje familiar ¿cómo lo definís? ¿el abordaje familiar desde el trabajo social?

Virginia: si en realidad abordaje completo no sé si sería un abordaje, en realidad nosotros tenemos una serie de entrevistas familiares que por ahí para ser abordaje yo creo que podría haber sido un trabajo más sistematizado y con más tiempo en el cual, por ahí se acompañara a la familia en todo el proceso. En este caso el contacto con la familia es meramente voluntario y lo construye también la familia y el paciente, osea no es obligatorio y por ahí hay familias que no, no es que quisieran permanecer en este espacio de salud mental, porque nos pasa que por ahí también nos damos cuenta que ellos necesitan un espacio en el cual entender la problemática, tener un espacio en el cual ver cómo pueden ellos acompañar el proceso terapéutico y siempre que se pueda en el Programa este proceso se acompaña, pero bueno, por ejemplo han caído, ha caído por ejemplo en varias oportunidades ha sucedido, no caído perdón, que yo no he podido sistematizar esa práctica, de decir bueno, esa parte que a lo mejor hubiese servido para futuras intervenciones o futuros proyectos, como que bueno, ese ejercicio de sistematizar la práctica no sé si, por eso no sé si es un abordaje en sí, si son intervenciones profesionales y que si se hacen en el marco de la familia pero que queda mucho por hacer, sin embargo las pocas que hemos podido, no sé si pocas, en realidad la única profesión que trabaja con eso somos nosotros, por ahí bueno, si yo no estoy si lo hace alguien más o si es fuera del Programa o si el familiar quiere ver exclusivamente al psiquiatra para tal cosa, también se hace, pero en realidad son una de las entrevistas que a mí más me gusta, pero bueno queda mucho por realizar, por hacer un trabajo más sistematizado, por buscar si hay otras profesiones que también podrían ayudarnos en este abordaje, armar un grupo, es como que bueno mucho por hacer todavía.

Yesica: sería, son espacios individualizados, entrevistas con los familiares, pero no...

Virginia: no hemos logrado, osea si, si la familia lo demanda esta, osea si la familia me, lo que pasa que por ahí el turno tiene que ser cada 15 días, osea el mismo sistema como está armado el Programa no está pensado para esto, esta desde la asistencia individual, entonces por ahí si te lo permite el Programa si empezás a citarlos cada 15 días, los casos más complejos también se arma como parte de un pacto de trabajo, pero el poder tener, decir el Programa tiene un abordaje familiar requeriría más horas de trabajo, otro profesional o más de un profesional o de otra disciplina que nos ayudara, o que armara o que pensara el abordaje familiar también desde lo interdisciplinario, de armar un grupo, de ver si te puede acompañar otro proceso que la misma familia active, pero bueno me parece que también es una deuda pendiente a sistematizar y armar de mayor complejidad, pero bueno todavía, osea yo creo que se hace pero es como todavía muy micro, no es un objetivo del Programa, si desde lo profesional, me corrijo, si desde el Programa pero no todavía desde la institución que decide sobre el Programa, no sé si se entendió, esta medio complejo.

Yesica: si, si, si, osea que existen estas limitaciones también institucionales con respecto al...

Virginia: y siempre que estos baches sean dados desde los cambios de gestión, siempre hemos pedido, bueno más horas para trabajar que tengan que ver con los proyectos preventivos, con los proyectos, imagínate que todo lo que la ley nos pide en cuanto a trabajar lo territorial, lo intersectorial, lo preventivo, osea queda perdido y desdibujado, si creo que lo que hemos logrado como equipo es reforzarnos nosotros y hacer una atención enmarcada sobre todos nosotros, en trabajo social en el ámbito de los derechos, en que sea un ámbito de los derechos, que sea un espacio saludable, en que la atención sea gratuita, que sea en tiempo, en forma, que sea accesible todo eso si lo hemos logrado, pero que se concentra solo en lo asistencial individual por ahora, si bien lo otro sabemos que es necesario, que tiene que estar y que está pedido pero bueno, es una deuda pendiente, pero esto también tiene que ver con una postura, osea uno podría decir bueno entonces para que trabajamos en el Programa, no hagamos nada, listo no atendamos o atendamos mal total esto a nadie le importa, esto tiene que ver con la construcción también de lo ético en nuestra profesión, a ver bueno tengo cinco horas por semana, qué hago en estas cinco horas, tampoco voy a decir bueno me voy a hacer lo preventivo y me

voy a ir dos jueves seguido a estar con el PAMI en un proyecto preventivo, digo y quién atiende la demanda diaria, entonces bueno, la verdad que lo que hemos tratado era que lo que estuviese en esas cinco horas fuera de la mayor calidad posible y creo que es lo que ha mantenido al Programa, a los profesionales y a la gente que asiste al Programa.

Yesica: Bueno esas son, algunas de las preguntas ya las teníamos, pero bueno era eso básicamente, así que ¿alguna opinión?

Virginia: bueno me parece importante que ustedes pongan lo institucional, se acuerdan que yo les dije en la parte de MDZ están varios artículos

Yesica: si lo leímos

Virginia: bueno por ahí esto me parece muy importante como anexo, bueno después vemos como lo agregamos, porque responde a un Programa, me parece que es como una muy buena visión cuando el problema se pone como un conflicto social en el tapete por algún tema, bueno hablemos del Programa, peguémosle por algún lado, funciona, no funciona, no salen a buscar a los ludópatas, bien, desde ese lugar mediático el Programa puede funcionar o no funcionar según la lectura de quien haga la nota ¿no?, ahora me parece que si está asentado y que es la, el rol más activo que está teniendo Gabriela en esto y que esta darle un fuerte pedido a qué pasa en el Programa, para que funcione necesitamos trabajar más articuladamente con la gente de adicciones, ver si vamos a trabajar más horas, ver si van a abrir más centros, si trabajamos dentro de la red, por ahora es un tema que me parece que tiene que ver con el tema de la problemática básicamente de consumo que no está visualizado todavía, o el jugador como todavía juega dentro de un lugar que todavía no se ve el deterioro es también como un poco invisible o la problemática está invisibilizada, no es el pibe que se fuma el posaran en la esquina de mi casa y me joroba o creo que es peligroso, entonces decían “encerrémoslo, hagamos política”, entonces como el tema se pone en el debate, en la agenda social ¿qué hacemos?, entonces creamos un Programa para agarrar lo pibes, otro Programa para ver si lo pueden, para trabajar la protección de sus derechos, otro... entonces se activa toda una red en los cuales se ponen en juego estas cosas. Con el tema de la problemática del consumo o problemática de juego básicamente está todavía en una, muy invisibilidad,

también desde el Programa siempre hemos tenido esta visión muy cautelosa de no trabajar desde la ludopatía, entonces no es un tema que venda digamos mediáticamente porque en el Programa no se trabaja desde ahí, entonces nosotros pensamos que la problemática tiene que ver con una forma de consumo o de uso digamos problemática de juego, pero no desde un adicto, no desde un ludópata, hasta que no se llegue a un diagnóstico y hasta que no se haya agotado todas las instancias nosotros no pensamos de esa forma, entonces mediáticamente hay que ver si hasta se aceptaría un trabajo de esta forma, osea que lo que la población pide ante tanta incertidumbre frente a las adicciones, bueno creemos un centro para internar jóvenes, mientras bueno que alguien rápido se haga cargo de esto, que lo saquen de acá porque molesta, porque joroba, porque puede ser contagioso, para que no se vea, entonces bueno básicamente me parece que en eso, en cómo se concibe hoy la problemática , tiene que ver con el funcionamiento del Programa, las horas del Programa, con la modalidad del Programa, fuertemente todavía en lo asistencial individual, pero con que el equipo haga esfuerzo o por lo menos las disciplinas hagan el esfuerzo por ahora hay.

Yesica: el Plan de Adicciones, en cuestiones así de problemáticas del juego ¿directamente no?...

Virginia: recién ahora están trabajando, recién el año pasado se firmó un convenio en el cual los casinos privados aportaban al Programa nuestro para poder abrir la demanda, ellos poder derivar a estos centros y en el cual el casino iba a derivar este dinero a los centros preventivos de adicciones donde funcionamos nosotros, por ejemplo el Tejada Gómez, ¿Qué iba a pasar con ese dinero?, con ese dinero se iba a reforzar los equipos, lo que se proponía era trabajar, no desde la ludopatía como se dice o con el juego problemático sino con las adicciones, no perdón, con las problemáticas del consumo en general, se está hablando, que eso es lo que yo digo que después en las conclusiones va a estar, ya no trabajar desde el Plan de Adicciones, sino con problemáticas del consumo directamente como un consumo como un consumo que generalizado como el tiempo actual, que ustedes ya lo han visto, en una sociedad ya de consumo, una problemática de consumo, con uso problemático, como de distintos tipos de problemáticas, no sé si gravedad sería la palabra pero distintos estamentos hasta llegar a una situación realmente de las adicciones sería como ya lo último en lo cual se tendría que trabajar en una

institución ya más especializada y ante una crisis como un hospital monovalente o un hospital psiquiátrico, pero en la parte digamos de la base de esta pirámide los que actuaríamos seríamos todas las organizaciones de los centros asistenciales de salud, los CPA, los centros de salud, me perdí porque estaba hablando, perdón ¿en qué?...

Yesica: no si, de esto de las...Virginia: a si de las adicciones o problemáticas de consumo, entonces bueno en la actualidad lo que nosotros estamos trabajando y que fue lo que se trabajó en las jornadas es, bueno a ver trabajo con estas problemáticas de consumo. ah bueno y en esto, ya sé a qué iba, estoy media, este convenio en el cual los casinos privados aportaban al Casino, al Instituto de juegos y casinos, el Casino iba a dividir este dinero reforzando personal en Plan de adicciones, digamos en la misma red que el Plan tenía, ¿qué paso? se perdieron, no sé, se frezo, se congeló, las autoridades cambiaron, se perdió el proyecto, y había un proyecto en el cual nosotros teníamos otro día más de atención para poder trabajar estas deudas pendientes, en la actualidad esta con puntos suspensivos, desde fin del año pasado, entonces bueno es como un cambio, un paso para adelante, cuatro para atrás, sin embargo el Programa, si bien en la actualidad es como que desde la misma red de adicciones y desde el mismo casino, esto es una lectura profesional mía, esta como en una etapa de revisión, el equipo hace el esfuerzo de poder trabajar desde este lugar articulados, capacitándonos con adicciones, pero bueno es como muy micro en una situación muy compleja, así que bueno así estamos.

ENTREVISTA A LA TRABAJADORA SOCIAL

Nota: la entrevista se lleva a cabo en las instalaciones donde funciona el Programa Juego Responsable. Estaban presentes la licenciada Virginia Roggerone, y las tesisistas. Durante el transcurso de la entrevista no hubo interrupciones.

Daniela: eh con respecto al paradigma del abstencionismo lo que nos faltaba era que nos nombraras las ventajas y desventajas que vos encontrás de ese modelo.

Virginia: a ver, eh me cuesta ver en la práctica como, cual sería digamos una ventaja de este modelo porque en realidad nosotros no, osea yo no me posiciono desde ahí porque eh básicamente para mí la, no sé si la ventaja, pero si la fortaleza del otro paradigma o del otro modelo tiene que ver en concebir al sujeto osea desde sus derechos y desde sus

posibilidades, en cambio me parece que el abstencionismo es un otro posicionamiento distinto, osea que construye la patología, que construye una adicción, que construye un objeto en el cual se le impone desde afuera que esto no lo puede hacer o que si siguiera la situación de consumo tampoco quedaría incluido en un sistema, osea me parece que la posibilidad la brinda o yo me siento más cómoda, tengo el convencimiento que el otro paradigma es lo que permite que el sujeto tenga, se encuentre incluido o tenga posibilidades de incluirse en un sistema de salud de acuerdo a su realidad y a su problemática, porque evidentemente que si uno planteara el abstencionismo como un objetivo prioritario serían muy pocos los que podrían quedarse incluidos, entonces básicamente no la verdad que en eso en el tema de ventajas yo...

Daniela: no le encontrás, osea que consideras, lo consideras más desventajoso, por así decirlo.

Virginia: en realidad, me cuesta entender cuál sería la ventaja de este paradigma dentro de básicamente desde donde nosotros como trabajadores sociales concebimos la problemática, a los sujetos y a su familia, osea me cuesta ver cuál sería la ventaja de este paradigma no la encuentro, osea no la comparto.

Daniela: y desventajas estas que nombraste.

Virginia: estas que claro que nombre, que a mí me parece que tiene que ver con un posicionamiento también que inclusive esta en profesionales, en instituciones, osea que estos paradigmas coexisten.

Daniela: claro está vigente hoy en día.

Virginia: si, si desde algunos modelos y sobre todo organizaciones, por ahí las instituciones que son dentro de las organizaciones estatales tienen o dentro de la red provincial de adicciones como planes, programas, al recibir capacitaciones, al estar incluidos dentro de una red interdisciplinaria como que bueno, se van como mezclando digamos estos paradigmas y se pueden empezar a construir otras opciones, pero por ejemplo en las instituciones privadas en donde esta situación no esta tan, no sé si

controlada es la palabra o auditada, eh básicamente en el tema de cómo ellos trabajan, de cómo abordan las distintas problemáticas me parece que es medio como hasta tramposo porque digamos el abstencionismo sería como una, como vender una rápida solución de un problema, no sé si, a la persona y a los familiares me parece que eso no tiene que ver con un objetivo de un tratamiento, eh no si me fui...

Daniela: no, está bien, porque eran esas tres preguntas. Lo que si ¿cómo se aplica en otras instituciones ese abstencionismo? ¿Vos sabes más o menos como se aplica ese modelo?

Virginia: yo, osea yo nunca lo he trabajado tan visible, osea yo creo que todavía existe en función a veces de algunas intervenciones pero con los equipos con los cuales yo he trabajado eh no porque yo pertenezco digamos como más a una generación en cual ya desde salud mental la base está en formarse en la interdisciplina, osea sobre todo en las instituciones eh más totales como el hospital por ahí pueden todavía haber llegar a haber algunas concepciones de este tipo pero ya en realidad como, me parece que hay todo un trabajo fuerte de capacitación, de implementación de la ley que va haciendo que esto cambie, lo he visto más en intervenciones más profesionales que realmente en objetivos terapéuticos de una institución o que por lo menos se presenten así a la sociedad no, por eso no, no.

Daniela: y desde el otro modelo de la reducción de daños, eh con respecto a los sujetos de acá de la institución los pacientes ¿tienen conocimiento de que ese es el modelo que se aplica en su tratamiento, o cómo es?

Virginia: yo creo que, a ver no se le dice "acá trabajamos con el modelo de reducción de daños" porque en realidad sería como hasta lejano a lo que el paciente puede a llegar a entender por eso, si se trabaja y si se le explica en el marco de cómo es que se encuadra y se trabaja en el Programa, osea en el momento de la admisión se hace una entrevista en la cual uno explica cómo es el Programa, eh cuáles son los profesionales, por qué se trabaja interdisciplinariamente, por qué es estatal, por qué se trabaja en un centro de adicciones, se habla del secreto profesional en la entrevista, se habla del derecho del paciente a conocer su tratamiento, a la historia clínica, al consentimiento informado, entonces bueno, todo eso hace a un modelo, o son características en donde digamos uno

concibe la salud mental desde este lugar, yo creo que se le explica pero no desde el modelo, "modelo de reducción de daños", pero si, si se explica todos sus componentes digamos.

Daniela: entonces tu opinión final sobre este modelo de la reducción de daños ¿cuál sería?

Virginia: eh en realidad creo que, que osea creo que uno no trabaja desde un modelo terminado osea es como que en la actualidad al seguir capacitándose, al seguir investigando y sobre todo leyendo es como que uno se empieza a dar cuenta que los modelos responden a una construcción en un determinado momento y creo que es superador al abstencionismo, pero bueno también ya hay otras lecturas, ya hay otra eh fuerte tendencia en, desde la misma implementación de la ley en la cual empiezan a trabajar fuertemente no solo este modelo sino un pensamiento desde la interdisciplina, de la intersectorialidad, desde el trabajo en terreno, de lo preventivo, tan fuerte quizás como esto otro, que esto está más orientado me parece a mí más a la clínica por decirlo de alguna forma o al tratamiento individual, pero como que todavía falta por desarrollar qué es lo que hacemos con esta problemática en otros niveles de abordaje o de, o de, si de abordaje, sería en lo preventivo, en lo promocional todo esto es el fuerte cambio que se está dando hace, en el último tiempo como que bueno esto ya está pero todo esto falta, entonces me parece que se están armando como otras ideas y otros modelos y básicamente me parece que tiene que ver con el de los derechos humanos en salud mental, osea es como que viene muy fuerte esa idea, si bien todavía faltan los instrumentos de cómo plasmar eso, cómo cada programa o cada área o cada provincia o cada centro de atención primaria puede entender eso, ahí si seguro que se van a jugar paradigmas, ideas, formas de abordaje, lecturas distintas, pero me parece que este es el nuevo modelo que viene impulsando fuerte, ¿no?, como dentro del marco de la ley.

Daniela: después con respecto a las funciones que vos desempeñas acá en la institución específicamente ¿cuáles serían?

Virginia: las funciones, yo estoy en la parte de, básicamente en la asistencia que es donde nos encontramos en este programa, eh en la parte de admisión de los equipos, del equipo

interdisciplinarios esa sería la función mas fuerte por decirlo de alguna forma, en la cual lo que uno trata de bueno, eso ya, si ¿sigo?, donde uno lo que, digamos lo que se hace es bueno ver como se está, cómo es que llega ese sujeto, cuál es su historia, cuál es su familia, por ahí todo eso en la entrevista de admisión no se hace en la primera vez, se hace más en las otras entrevistas de seguimiento o de admisión prolongada como le llamamos nosotros, pero básicamente es cómo este sujeto llega y cómo es que se puede llegar a establecer esta relación entre esta problemática, su historia y sobre qué política por ejemplo públicas en este momento y acá de salud mental este paciente puede a quedar incluido, siempre y cuando él quiera obvio, pero esta lectura de este espacio para mí que se establece entre la implementación de distintas políticas, espacios de atención, en este caso políticas de salud mental y lo que a este sujeto tiene derecho digamos, entonces bueno por lo menos mostrárselo, osea MOSTRARSELO, no por lo menos, hay que mostrárselo decir, digamos, eh saber cuáles son los derechos que ha estado vulnerados, cuál es su situación, si ha recibido un tratamiento previo, si es la primera vez que consulta, si es la única situación de riesgo que hay a nivel de su salud mental, si viene acompañado, que factores protectores hay, que factores de riesgo, si la familia está informada, si saben por qué atendemos en una, en un centro de salud mental, yo creo que es fundamental la lectura, pero sigue siendo enmarcada todavía en el ámbito asistencial e individual.

Daniela: y con respecto a la interdisciplina ¿las ventajas y desventajas que vos le encontras a este trabajo interdisciplinario?

Virginia: en realidad las desventajas son no trabajar en estos modelos, eh las ventajas bueno la posibilidad del construir, de no tener la certeza de esta, de las intervenciones me parece que es hasta una ventaja el poder eh digo el tener una pregunta siempre da la posibilidad de estar en esa búsqueda de construcción, eh la posibilidad de aprender del otro, de negociar espacios de que a veces son negociaciones difíciles de eh digamos de intervenciones, no, yo veo más en realidad más ventajas, la desventaja de no trabajar desde este lugar me parece que es caer en una omnipotencia en la cual cada disciplina cree que puede abordar un sujeto desde un único lugar, osea una, realmente me parece más desventajoso para el paciente, eh me parece una desventaja muy grande, de todas maneras es lo que yo te digo uno por formación, yo me forme en la interdisciplina no

conozco otra cosa y por ahí cuando yo trabajo por fuera de este lugar en otros trabajos eh me parece, (...) pasa que me cuesta muchísimo porque es una forma de trabajo fragmentada, osea es como concebir el sujeto desde un solo, como desde el modelo biologicista, osea tiene un problema en este solo lugar eh realmente es terrible trabajar así, es muy costoso salirte y tratar de evaluar desde la integralidad, desde la potencialidad, es también toda una postura poder ver el sujeto a desarrollarse, eh que es costosa la interdisciplina si, muchísimo, pero que uno no puede trabajar desde otro lugar y de hecho bueno yo creo que también uno termina eligiendo desde ese lugar por una cuestión de ética y de elección.

Daniela: claro, está bien, y las ultimas preguntas, ya específicamente del trabajo social, con respecto a la intervención profesional si nos podrías dar algunas características de cómo es la intervención profesional del trabajador social.

Virginia: ¿características dónde, acá en el Programa?

Daniela: sí, de cómo vos las ves a la intervención profesional del trabajador social, osea cómo vos la llevas adelante.

Virginia: no sé, quizás yo estoy en una etapa de la vida donde he podido integrar varias cosas, osea por ahí no me parece que sea distinta en instituciones por ejemplo, creo que ya llega un momento en la cual una, como te decía recién tiene un posicionamiento ético y donde realmente la profesión pasa a ser una herramienta en la cual una la utiliza en distintos lugares pero desde una construcción que uno va haciendo y no es diferente, osea por ahí lo que cambia son los objetivos institucionales pero la intervención eh pasa a tener características que vos misma la haces de impronta, no me parece diferente en eso, eh si por ahí yo leo como una no sé si critica es la palabra, pero me parece por ahí que lo que no se trabaja mucho y no sé si es de la misma facultad o desde la formación de base o después la formaciones que uno elige como esto de desde que se ha perdido esta función un poco más política de poder trabajar desde un lugar más desde social como más, no podría decir la palabra jugado porque quedaría mal, pero digo más comprometido, es como que bueno por ahí si uno, es lo que yo he visto en otros colegas, son todas intervenciones individuales, fragmentadas, sectoriales, puntuales que en realidad resuelven a nivel de una situación problema pero no generan nada más

digamos, no movilizás o no informás sobre todo a nivel de los derechos o de que otras cosas podrían suceder y creo que eso es lo que marca como la diferencia en las intervenciones no sé si quedo claro o...

Daniela: si, si, eh después ¿qué tipos de intervenciones profesionales crees vos que existen?

Virginia: no sé, si ya existen, osea desde esta mirada de la integralidad que uno intenta hacer, porque es una construcción yo creo que terminas trabajando desde ahí, digamos podes en una entrevista o en una, según donde uno esté trabajando digamos, por ejemplo acá en el marco de la asistencia, focalizar en la entrevista en algo más puntual que requiere una persona pero no dejás de tener una visión más integral, podes priorizar objetivos para trabajar y podes priorizar intervenciones pero no quiere decir que no pierdas la capacidad de entender esa persona desde su integralidad, entonces me parece que tiene que ver con eso por ejemplo el ejemplo del Programa, osea yo sé que tengo esta posibilidad de trabajar cinco horas y media pero no dejo de pensar que esa persona tiene otras dimensiones en la cual diariamente está incluida o no eh y que podrían hacerse digamos, que pertenece a un lugar, que pertenece a una historia, que tiene contacto con otras instituciones, con otras redes, que se podrían generar otros movimientos sociales a nivel de ONG o de familiar con esta problemática, osea yo lo sigo pensando pero sé que el objetivo institucional es este, pero también uno en la entrevista siempre tiene la posibilidad de incluir esto, por fuera del objetivo a lo mejor institucional que tiene que ver con el compromiso ya más político de nuestra función, básicamente en los derechos.

Daniela: bien, eh y ¿podrías definir lo que es el abordaje familiar o lo que vos entendés por abordaje familiar?

Virginia: yo creo que, lo que yo entendí cambio en el momento de cuando yo me forme a cuando yo lo realizado, osea me parece que en realidad el abordaje familiar uno lo entendía como un modelo abordaje directo con la familia ¿no?, esto de bueno entonces trabajamos con esta familia a ver cuál es el problema, eh yo en realidad cuando empecé a trabajar me forme y sigo trabajando, me parece que uno puede estar trabajando desde el

sujeto con una perspectiva integral, con su familia por más que no esté físicamente digo pasa a ser una integralidad y una eh un parte de un sistema digamos, este o no presente, eh me parece que en eso fue una construcción que yo tuve en un momento y quizás en ese momento hasta lo aprendí de memoria, textualmente, qué sería o qué Minujin dice por ta ta, y en realidad me parece que lo importante es poder aprender digamos estos conceptos pero practicarlos desde otro lugar porque si no tampoco tiene sentido citar la familia para hacer un pleno abordaje porque uno entendió lo que era un abordaje familiar sino tampoco tiene una visión de integralidad digo hay que ver para qué lo citas desde una mirada reeducativa, rehabilitadora de qué digamos, osea cuál es el modelo, cual es el sentido, cual es el objeto, lo mismo pasa con las entrevistas domiciliarias, bueno fueron a una entrevista una herramienta del trabajo social pero hoy en día también está muy cuestionada osea hasta qué punto uno puede intervenir y en la vida cotidiana de una familia, por qué digo, el hecho también de que porque tenés una problemática de salud mental tenés que venir o porque estas vulnerado de derechos económicos tenés que pasar por todo un plantel de gente que te evalúa permanentemente, osea también es digo, es volver a entrar en tema de la ética, eh y me fui...

Daniela: no, está bien porque vos lo ves ligado a lo ético.

Virginia: yo no puedo, yo vuelvo a lo mismo, no sé, estaré muy reincidente chicas pero es lo que yo puedo ver.

Daniela: y la última sería ¿cuál es, según tu visión, la representación social que la familia tiene en relación a la intervención del trabajador social?

Virginia: y es muy amplia, ¿en el Programa?

Daniela: en el Programa, en el Programa

Virginia: (lee la pregunta)

Daniela. Osea vos crees que viene ya con un prototipo...

Virginia: ¿un estereotipo? si en algunos casos si, depende en la entrevista de admisión por ejemplo no, si bien uno se presenta desde lo interdisciplinar y también diferencia la licenciada y das la especialidad de cada uno, llega un momento de la entrevista que se desdibuja estas diferencias y va a hacia..., osea la misma persona a veces te dice "porque no cierto doctora", es como que se pierde esto de las diferencias, porque en realidad no es el objetivo de la entrevista, eh por ahí cuando uno empieza ya con el acompañamiento más individual de las personas que asisten, eh o de la familia en algunos casos si me ha pasado de que están más ligados al rol más tradicional del trabajo social de la inclusión en distintos programas por ejemplo "porque yo no tengo vivienda licencia", "porque yo no consigo trabajo" osea desde ese lugar como que me parece que eh es más ligado a una historia más asistencial del trabajo social pero en realidad a nivel de lo terapéutico en si en salud mental no lo veo tanto, pero en otros trabajos si porque está más ligado en el tema de un programa de becas osea, pero en el ámbito de salud mental como ya hay una fuerte impronta acá o en el hospital que el trabajo es interdisciplinario y que de momento que se presentan las tres disciplinas juntas pasa a ser una visión de equipo, me parece que eso está bueno digamos, como que se diluye esa diferencia mientras vos no se le confunda el profesional de alguna forma, mientras vos sepas cuál es tu campo de trabajo, cuál es el del otro, hasta dónde tenés un límite en cual terapéuticamente vos no podés ayudar a otra persona y eso es una realidad y que corresponde a otras disciplinas me parece que no tiene mucho sentido esa división, me parece que tiene que ver con una postura profesional y de límites que lo tiene que tener el profesional no sé si la persona ¿se entiende?

Daniela: si, si, está bien porque esa era la duda. Bueno Virginia muchas gracias.

OBSERVACION DE UNA ENTREVISTA DE LA TRABAJADORA SOCIAL CON UN FAMILIAR DE UN PACIENTE

La Trabajadora Social Lic. Virginia Roggeroni realiza una entrevista a la hija de una paciente, ésta última concurre al Programa Juego Responsable hace aproximadamente un mes.

La entrevista se lleva a cabo en uno de los consultorios del Programa Juego Responsable, en el cual consta de un escritorio y sillas. Estaban presentes en la entrevista la Lic. Roggerone, la entrevistada y una de las tesistas. No se realizaron interrupciones externas durante toda la entrevista.

Antes de iniciar la entrevista la Lic. le consulta a la señora si una de las estudiantes puede observar la entrevista a la que responde que no tiene inconvenientes.

Al comenzar la entrevista la Trabajadora Social se presenta ella y a la tesista, luego le pregunta el motivo de que ella se acercara a la institución, la señora expresa "...quise venir yo misma a hablar con ustedes...veo a mi mama mejor, está bien por eso me dan ganas de verla...". La Sra. vive actualmente en la provincia de Chubut y vino a visitar a su madre como sorpresa para el día de su cumpleaños, recuerda que su madre "...siempre fue así...". Actualmente se acercó a ella y a la institución ya que veía un cambio favorable en su madre refiriendo: "...sino no hubiera venido...".

Posteriormente la Licenciada le explica el funcionamiento, los objetivos y la visión de la institución y sus profesionales, señalando que ellos no se central en la ludopatía. Además le informa sobre el proceso de trabajo que se está llevando con su madre, reconociendo constantemente lo positivo del mismo. Además Virginia remarca lo importante que la familia se acerque a la institución, de la contención familiar y de lo afectivo para la paciente en el tratamiento ("...aunque sea un llamado telefónico ya que vos vivís lejos es importante..."); y señala que lo conversado lo transmita a otro familiar.

Luego la profesional le pregunta si tiene alguna inquietud, y la señora le preocupa que su madre se medique más de lo que le corresponde, debido a que tiene antecedentes de intentos de suicidio por consumos de medicamentos, "...el otro día se tomo dos pastillas de mas, y eso me da miedo...". Ante esto Virginia señala los antecedentes de su madre y que antes no era solamente dos pastillas, señalando que ha disminuido el riesgo del consumo, y se compromete que va a transmitir esto al resto de los profesionales para poder trabajarlo.

Por otro lado expresa que "...quisiera que viniera mi papa para ayudarla, pero él ahora está afuera y no quiso ingresar...". Virginia expresa que trabajan con la voluntad de las personas, que el espacio está abierto para cuando él quiere venir. Y por otro lado la entrevistada señala "...mi hermano más chico si quiere venir hablar...", por lo que Virginia le plantea que hable con su hermano y que el espacio de la institución está abierto para el consulte cuando lo requiera.

Se observa que al final de la entrevista angustia y llanto de la entrevistada, expresando lo difícil que es para ella ayudar a su mama ya que desde que se acuerda "...siempre fue así...", pero que actualmente la ve cambiada y agradece a la profesional por estar acompañando a su mama ya que ella está viviendo lejos.

Finalmente la Licenciada le da por escrito en un papel los profesionales y teléfono del Programa expresando que puede comunicarse cuando ella lo desee.

Se trabajó en la entrevista la necesidad de que la familia apoye a la paciente, se le da nombres de los profesionales intervinientes, teléfonos, y horarios del Programa y se le ofrece orientación familiar, a la espera de que él se contacten con la institución.

OBSERVACIÓN PARTICIPANTE DE REUNIÓN INTERDISCIPLINARIA

Esta observación participante tiene como objetivo observar el trabajo interdisciplinario de los profesionales, pertenecientes al Programa Juego Responsable. Por lo cual se pacta previamente una fecha y horario con los profesionales para llevar a cabo una reunión interdisciplinaria.

La misma se desarrolla en las instalaciones donde funciona el Programa Juego Responsable, más específicamente en la cocina, un lugar de usos múltiples compartido con los integrantes de otros programas y organizaciones lo que genera constantes interrupciones por parte de terceros.

De dicha reunión participaban la coordinadora del programa, la secretaria, el psiquiatra, la trabajadora social y las tesoreras. Los objetivos que impulsan a los

profesionales a convocar esta reunión son la evaluación y seguimiento de un caso y la evaluación hacia otros profesionales.

Cabe aclarar que durante todo el desarrollo de la reunión la participación de los profesionales fue activa, sin realizar diferenciación de roles, respetándose mutuamente y sin tratar de imponerse sobre los otros.

Por otra parte, los participantes dejaron en claro la importancia del trabajo interdisciplinario en el tratamiento de los pacientes al referir que “el desconocer el trabajo interdisciplinario pone el riesgo al paciente”, ya que el equipo siempre intenta preservar los derechos de los pacientes y respetar la ley de salud mental. A si mismo enfatizaron el hecho de que estar “acompañados por otros profesionales durante la intervención les genera mayor seguridad” ya que todos asumen el compromiso y la responsabilidad en el abordaje de los pacientes. También se puede observar un constante intercambio de conocimientos, experiencias y opiniones entre todos los miembros del programa.

A su vez los profesionales realizaron una crítica al modelo abstencionista, aún vigente en la institución, especificando que el mismo tiene una mirada paternalista de los pacientes; una concepción muy rígida y estructurada sobre el desarrollo del tratamiento; la participación forzada de los familiares en la resolución de la problemática de los pacientes, entre otros.

Finalmente se realizó la conclusión de la reunión aclarando los principales aspectos de la misma:

- La interdisciplina es una fortaleza, ya que permite una continua comunicación entre los profesionales, el replanteamiento de la intervención en los diferentes casos y un permanente aprendizaje.
- Siempre se deben respetar los derechos de los pacientes, su libertad de decidir sobre el tratamiento y sobre los profesionales que en el actúan, y reconocer que son sujetos vulnerables en el momento de la intervención.

- Admitir que el número de profesionales es restringido, lo que implica el desafío de buscar espacios profesionales para llevar a cabo las intervenciones.
- Especificar los nuevos desafíos que presentan los casos.

ANEXO IV

Artículos periodísticos

Juego Responsable recibe 100 llamadas mensuales

Los casinos cuentan con programas para reducir la posibilidad de abusos. El papel de Jugadores Anónimos.

Edición Impresa: domingo, 05 de octubre de 2008

Tanto el Casino de Mendoza como Regency del Hotel Park Hyatt tienen programas de Juego Responsable. Se trata de hacer un seguimiento de los visitantes al casino para detectar aquellas personas que están haciendo un abuso del juego.

En Regency Casino este seguimiento se hace a través de cámaras de video que controlan las salas.

En Casino de Mendoza la supervisión se hace a través de "comercializadores", que son personas ubicadas en la sala de juego, capacitadas en ludopatía y con un vestuario distintivo cuyo rol es la asistencia al jugador durante su estadía. Ellos pueden acercarse al jugador y comentarle que posiblemente algo no anda bien o, en muchos casos, la asiduidad de las visitas del jugador hace que ya tengan confianza con el comercializador y ellos mismos pidan ayuda.

También hay folletería informativa en las salas de juego. En ambos casinos se ofrece la posibilidad de incorporarse a una "lista de autoexclusión" en la cual el afectado firma voluntariamente una solicitud para que no lo dejen ingresar por un determinado tiempo. En el Regency, esta solicitud va acompañada de una fotografía para una más fácil detección.

Paula Zanetta, coordinadora del Programa de Juego Responsable del Casino de Mendoza explicó que captan al ludópata a través de los comercializadores o de la línea telefónica que tienen para consultas.

A través de un curso de 6 meses del Ministerio de Salud se ha capacitado a parte del personal para atender este servicio a través del que se invita, a quienes llaman, a consultar con un profesional que determinará si se trata o no de un jugador compulsivo y le indicará el tratamiento adecuado.

Cuando se implementó el programa en mayo de 2006 hubo un pico de 200 llamadas. A partir de allí la cantidad de llamados es siempre constante: entre 80 y 100 por mes; reciben 2 ó 3 por día, excepcionalmente 5. El 0810-2222481

begin_of_the_skype_highlighting GRATIS 0810-2222481 end_of_the_skype_highlighting atiende todos los días de la semana de 8.30 a 14 y de 16 a 20.

Lo que buscan implementar desde el programa estatal es un funcionamiento en red con los casinos estatales de manera de evitar que el jugador autoexcluido de un casino pueda ingresar a otro.

Aldo Saettone, encargado de marketing de Regency Casino, explicó que la empresa lleva adelante una campaña de prevención que llega a los clientes, a través de folletería que especifica posibles síntomas de adicción y centros de ayuda; a la comunidad, a través de publicidad y a los empleados, con capacitación.

Sólo por hoy

La ONG más representativa en este tipo de afección es Jugadores Anónimos. Surgió en Mendoza en 1995 y se rige por los mismos principios que Alcohólicos Anónimos, ya que todas las adicciones tienen tratamientos similares. Es un grupo de autoayuda conformado por ludópatas recuperados y quienes buscan recuperarse, pero no cuenta entre sus filas con ningún profesional en el tema si bien siempre sugieren consultar a alguno.

Durante las reuniones, quienes están en etapas más avanzadas del tratamiento transmiten su experiencia y se analiza bibliografía relacionada al tema; se lee periódicamente el mismo material para grabarlo en el subconsciente.

Desde esta entidad aseguran que se cuenta con profesionales especialistas en el tema desde hace tan sólo 5 años y el puntapié inicial fue la declaración de la ludopatía como una enfermedad por la Organización Mundial de la Salud hace 15 años.

Para ellos ésta es una enfermedad que dura de por vida ya que si logran recuperarse no pueden volver a jugar nunca más. Queda grabado en la mente el mismo patrón: si juegan una vez piensan que no les pasó nada, que pudieron controlarlo y pueden reiniciar el círculo vicioso.

Programa De Juego Responsable En Mendoza Con Problemas De Fondos

Viernes, 12 de Abril de 2013 09:33

El Programa de Jugadores Responsables del Instituto de Juegos y Casinos de Mendoza que fue criticado por el legislador radical Armando Camerucci, no posee fondos suficientes para poder trabajar.

Ante la falta de recursos económicos y humanos, el Instituto de Juegos y Casinos de Mendoza está planificando un nuevo proyecto que trabajar en conjunto con los casinos privados de la provincia para que estos ofrezcan ayuda económica, para poder garantizar que el Programa de Jugadores Responsables continúe funcionando.

Desde el año 2006 el Programa, que depende del Ministerio de Hacienda, ayuda a las personas con adicción al juego o ludópata. Si los casinos privados aceptan la nueva propuesta, también se podrá garantizar que la ayuda del Programa pueda ampliarse al interior de la provincia.

Según el senador radical Armando Camerucci, la proyecto del Instituto es "ridícula e inviable" porque entiende que ningún casino privado cuyo fin es recaudar dinero pedirá ayuda para una persona que esté invirtiendo mucho dinero en su propio casino.

Gabriela Álvarez, directora de Jugadores Responsables, indica que si bien el nuevo proyecto es probable que se ejecute ahora, la iniciativa hace bastante tiempo que está

pensada dado que el Ministerio de Hacienda sólo destina una pequeña parte para el pago de sueldos de dos psicólogos, un psiquiatra y una trabajadora social y no se cuentan con recursos suficientes para una mejor atención. El año pasado se atendieron 130 personas.

Ante la falta de estadísticas puntuales sobre el trabajo del Programa, Camerucci se defendió alegando que el programa para ludópatas no sirve porque no hace lo que tiene que hacer que es ir al lugar donde está el ludópata y agregó que las estadísticas no existen porque los profesionales trabajan a demanda y eso demuestra una voluntad recaudatoria y no de ayuda a la víctima del propio sistema de juegos de azar.

Aún no se sabe a ciencia cierta que pasara y según Álvarez, aún falta realizar una estadística de género que corrobore informes que reflejen el total real de la población que tiene problemas con el juego de azar.



SEGÚN ESTADÍSTICAS PROVINCIALES

Habría 8 mil sanrafaelinos adictos al juego

El cálculo se basa en datos de la provincia que fijan en 3 ó 4% la cantidad de ludópatas en Mendoza. El problema empezó a manifestarse en 1999 y se agravó de 2007 en adelante. La Cámara de Comercio afirma que genera un problema social y económico grave en el departamento

Días atrás, los dirigentes de la Cámara de Comercio, Industria y Agropecuaria de San Rafael abordaron en una reunión con el intendente Emir Félix los problemas que genera el funcionamiento de dos salas de juego en San Rafael.

El titular de la entidad, Pablo Asens indicó que "le hemos expresado nuestra preocupación al intendente ante el fenómeno que ha generado la existencia de dos casinos en San Rafael, ya que antes que un centro de diversión o atracción turística se han convertido un centro de generación de enfermedades y problemas sociales y económicos muy grandes"

Asens agregó que "a esto hay que ponerle coto, para de alguna manera limitar el problema de la ludopatía que está causando un daño muy grande en el sector asalariado de San Rafael. Hay gravísimos trastornos a nivel familiar, y si bien por ahora no hemos evaluado una solución, tendremos que pensar lo que corresponda hacer para que la gente no siga perdiendo su salario, ganado con esfuerzo y dignamente, en algo que se ha transformado en una enfermedad. Sabemos de empleados que han perdido su trabajo porque han robado para apostar, y de personas que se han quitado la vida por el tema del casino. Además, han quedado familias desintegradas porque han perdido todo su patrimonio, y eso es porque no pueden existir tantos casinos como hay en nuestra provincia".

"Basta pasar frente a un casino y ver la cantidad de bicicletas que hay en la puerta, lo que nos está indicando que los visitantes no son personas de grandes recursos económicos ni turistas. Los que están dejando la plata en los casinos son la gente trabajadora, nuestro asalariado y eso no es bueno porque limita la capacidad de ahorro, ya que la gente gasta en el casino en lugar de invertir en bienes durables. La ludopatía en San Rafael es muy preocupante".

En Mendoza hay 70 mil casos detectados

Muchos mendocinos sufren de esta enfermedad que, en los casos más extremos, puede dejar a una familia en la bancarrota, además de provocar un daño psicológico muy importante: la adicción al juego. Desde el programa "Juego Responsable", del Ministerio de Salud y el Instituto de Juegos y Casinos, explicaron que creen que entre 3% y 4% de la población sufre esta patología.

La estadística, aplicada a la población de la provincia, indicaría que alrededor de 70 mil personas tienen problemas con el juego, aunque no todas de la misma gravedad, mientras en San Rafael los afectados ascenderían a 8 mil.

Un importante número de estos casos no recibe tratamiento médico: según los expertos, los pacientes o sus familiares piden asistencia sólo cuando la situación se vuelve insostenible.

"Llegan a nosotros en estado de emergencia, con las consecuencias se han hecho sentir, y en muchos casos se han endeudado considerablemente", indicó Gabriela Álvarez, coordinadora del equipo técnico del programa "Juego Responsable".

"Pero la mayoría no viene por cuenta propia, sino que son sus familiares quienes denuncian la situación. A muchos de estos enfermos les resulta muy difícil asumir su situación", indicó Álvarez.

"Estamos trabajando al máximo con la cobertura que tenemos, y la queremos ampliar", indicó Mauricio Vezzoni, del Plan Provincial de Prevención de Adicciones. Sucede que actualmente hay 4 personas en el programa, que atienden una tarde por semana, por lo que la mayoría de los pacientes del interior de la provincia abandonan el programa por la incomodidad de asistir al tratamiento.

"Llega mucha gente con este problema a los centros preventivos", indicó el funcionario. "Es una adicción que no se abandona fácilmente, requiere no sólo de determinación, también demanda tratamiento, por el fuerte lazo que se genera con el objeto de consumo", indicó Álvarez.

El origen de las adicciones es casi siempre el mismo: los pacientes se convierten en ludópatas jugando en los casinos, donde pasan hasta 4 horas por día.

La mayoría de los asistidos son adictos a las máquinas tragamonedas, y en segundo lugar están quienes apuestan en la ruleta. "Son muy pocos los que apuestan en la quiniela o en casas de juego clandestinas", dijo la experta.

Un problema que crece desde 1999

La ludopatía, o enfermedad del juego compulsivo, se incluye como patología psiquiátrica a partir del año 1980, como un trastorno en el control de los impulsos. Allí se destacan los síntomas, a saber: comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, preocupación excesiva por el juego, necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero, fracaso en el intento de control, inquietud e irritabilidad, engaños, actos ilegales para conseguir más dinero, pérdida de las relaciones afectivas, etc.

"Desde 1999 comenzaron abrirse en la Argentina innumerables casinos y salas de juegos de azar, tanto en capital como en el interior. Desde ese momento creció considerablemente el número de personas que juega compulsivamente", afirmaron las licenciadas Mariela Coletti y Débora Blanca directoras de Entrelazar, una institución dedicada a la investigación y tratamiento de las adicciones al juego.

Las especialistas manifestaron que "la compulsión al juego es una enfermedad de carácter psicológico; es una adicción no tóxica, es decir que la satisfacción no requiere de una sustancia sino de una conducta, jugar".

La excitación, la adrenalina, el olor, son los signos de esa fuerza muy difícil de sustituir, que no se parece en nada al placer y que es de una tensión incomparable que toca el cuerpo.

"Cuando irrumpe el impulso de jugar, la voluntad suele no ser suficiente para contrarrestarlo. En este círculo la persona pierde dinero, la confianza de los otros, los amigos, la familia, la valoración de sí mismo y el sentido de las cosas", señalaron.

Esta patología tiene desde lo emocional tiene varias causas:

- Grandes dificultades para la elaboración de duelos y pérdidas, ya sea de un amor, de trabajo, de dinero. La carrera por "recuperar lo perdido" se relaciona con las pérdidas que esa persona no logra aceptar.
- La intensidad de un sentimiento de culpa y la generación de nuevas deudas, en un circuito que lo empuja a seguir jugando.
- Una gran hostilidad, dirigida hacia los seres queridos, o hacia sí mismo.
- Una creencia en la magia y en la ilusión de ganar para resolver los problemas.
- Una fragilidad en los lazos a los otros, que empuja al aislamiento y a querer resolver todo solo y sin ayuda.
- Una configuración familiar problemática, con antecedentes de jugadores o adicciones y conflictos largamente sostenidos, poco continente, impulsiva, donde predomina a veces la persecución, a veces la complicidad.

Para torcer eficazmente y en forma sostenida este circuito es importante que el adicto al juego cuente con un tratamiento, preferentemente de abordaje múltiple.

"Desde nuestra experiencia institucional comprobamos que el paso más importante y difícil es tomar la decisión de pedir ayuda y comenzar un tratamiento. Cuando se puede dar ese paso, si se trata con un equipo que conoce las especificidades de esta problemática hay grandes posibilidades de recuperarse de la adicción, reconstruyendo así vínculos descuidados, la vitalidad y los placeres que habían sido vaciados de valor. Es pensar la recuperación como el resultado de volver a entrelazar a la persona con su deseo", concluyeron las especialistas.

24/09/12 16:00EN BUSCA DE DATOS PRECISOS

Ludopatía: Mendoza podría tener un Observatorio del Juego

Así lo informó la titular del Instituto de Juegos y Casinos, Nidia Martini. El 1,5% de la población sufre de esta adicción compulsiva.

Marisa Alarcón

Según define la **Real Academia Española (RAE)**, la ludopatía es la **"adicción patológica a los juegos electrónicos o de azar"**. Se trata de un trastorno que es reconocido por la Organización Mundial de la Salud. La provincia de Mendoza no es ajena a esta problemática y el 1,5% de su población

sufre de adicción al juego, mientras que entre el 3 y el 4% de ellos son los que verdaderamente tienen problemas.

Es por eso que el Instituto de Juegos y Casinos además de la asistencia que realiza a través del programa **"Juego Responsable"**, ahora tiene otro objetivo en mente: la creación de un **Observatorio del Juego**. **"Es importante poder sectorizar la información y no solo manejar la que tenemos de las consultas"**, explicó la titular del organismo, Nidia Martini.

Según indicó la funcionaria esto permitiría observar científicamente el comportamiento del juego en Mendoza. **"Así se podrá tener en cuenta a la población en general y comparar diagnósticos"**, explicó. Del resto de las provincias argentinas ninguna cuenta con un observatorio de este tipo.

Por otra parte, con respecto al programa **"Juego Responsable"**, que mensualmente recibe unos **diez llamados** para solicitar ayuda en torno a esta adicción compulsiva, probablemente la semana que viene se firmará un convenio **para poder extender la asistencia a toda la provincia y que no se brinde solamente en Ciudad**.

"Buscamos que se puedan sumar profesionales para atender específicamente la temática de la ludopatía en toda la región", sostuvo Martini.

El proyecto de Di Martino en el mismo camino

Teniendo en cuenta los problemas psicológicos que genera esta adicción y además la pérdida de dinero llegando a límites de quedarse sin nada, que se sufre a raíz de la ludopatía, esta semana el diputado radical Daniel Di Martino, presentó un proyecto de ley donde en el segundo artículo solicita que el Ejecutivo realice "todos los actos útiles y conducentes **a fin de obtener estudios pormenorizados, científicos, estadísticos y registros de ludopatía en la Provincia, cuyo resultado deberá informarse semestralmente a la Comisión Especial de Política de Juego** de la Legislatura".

Mendoza

Adictos al juego tienen un 0800

El Gobierno intenta frenar la ludopatía y relanzó un programa creado en 2006 para rehabilitación de esta patología. Para conocer el mundo de los jugadores se entrevistó a 588 clientes de casinos.

02-12-2008

Fabián Sevilla
fsevilla@diariouno.net.ar

De 588 personas que en noviembre pasado fueron al Casino de Mendoza, 66% aceptó que pasó frente a las mesas o tragamonedas mayor tiempo de lo planeado. Mientras que la mitad de los consultados aseguró que apostó más dinero del que tenía en mente y

considera al juego un vicio, 27% siente preocupación por la frecuencia con que asiste a ese lugar a apostar.

Estos datos se desprenden de la encuesta que el Instituto Provincial de Juegos y Casinos (IPJYC) realizó para conocer el perfil de quienes van a apostar a la sede central del casino. Con esos resultados, el Ministerio de Salud aspira a sustentar el Programa Juego Responsable, que cuenta con la novedad de que a través de un 0-800 se puede acceder a una rehabilitación específica para la ludopatía.

El Instituto de Juegos y Salud firmaron ayer el convenio para el relanzamiento del programa creado en 2006. Consistía en un 0810 al cual los que tenían problemas con el juego podían llamar para recibir un diagnóstico y una orientación, como contención inicial.

Daniel Pereyra, presidente del instituto, señaló que, a diferencia de como lo venían instrumentando, ahora se habilitó el 0800-2222-481

begin_of_the_skype_highlighting GRATIS 0800-2222-481 end_of_the_skype_highlighting , totalmente gratuito, al que podrán llamar de 8 a 20 tanto los propios involucrados como sus familiares directos o terceros. "Es el primero en todo el país que además de identificar a quienes tienen esta adicción les va a brindar asistencia", aseguró.

Respecto a cómo se vincula la encuesta realizada, apuntó que "el objetivo del programa es prevenir. Los datos recabados nos permiten conocer cómo son quienes juegan y cómo se conforma su mundo, ya sea personal, familiar o laboral".

Sergio Saracco, ministro de Salud, aclaró: "Este programa permite tratamiento y contención a todos los mendocinos con adicción al juego. Llamando al 0-800 se puede acceder a un equipo (dos psicólogos, un psiquiatra y un trabajador social), que va a detectar, orientar y brindar apoyo. En caso de estar indicado por esa evaluación se asignará un turno a un centro de atención de adicciones que trabajará específicamente en la ludopatía".

Es el centro Tejada Gómez, que funciona en Pasaje Vargas 598, de Ciudad. "Esto debido a que, según la encuesta, casi el 80% de jugadores es del área metropolitana. Ahí serán atendidos gratis y no sólo tendrán el apoyo psicológico y psiquiátrico, sino también la medicación en caso de estar indicado", aseveró.

En este programa no sólo serán recepcionados los que sufran una adicción a los juegos, sino también los adictos a otras ofertas de apuesta. "Aquel que tenga una problemática vinculada al juego puede concurrir, ya sea que tenga que ver al que está dentro del ámbito legal o el ilegal", resaltó.

Además, servirá para que los que conforman la lista de excluidos a los casinos (que por

pedido propio o de familiares no pueden ingresar) no se queden simplemente con eso, sino que puedan iniciar un tratamiento.

¿Juego: irresponsabilidad del Estado o conflicto de intereses?

Armando Camerucci

La actividad del juego en Mendoza, que tuvo como origen el entretenimiento y/o diversión, atracción turística y generación de recursos para el Estado, se ha convertido, lamentablemente, en un ámbito de generación de adicciones engendrando problemas sociales y económicos.

Entre esas adicciones, la ludopatía es un trastorno que consiste en la presencia de episodios frecuentes y reiterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares, que si bien requiere características psicológicas previas, también intervienen causales externas que favorecen su desarrollo.

Dentro de estas causales externas, evidentemente una de las de mayor incidencia es la presencia de salas cada vez más atrayentes de juego de todo tipo en toda la geografía de Mendoza, aun en lugares en donde el turismo como razón de su presencia es casi nulo o inexistente, siendo ámbitos de residencia permanente y de trabajo.

El jugador compulsivo es aquella persona que no tiene capacidad de resistir el impulso a apostar, se convierte en una necesidad y la tensión sólo puede aliviarse apostando cada vez más.

Las principales características de un ludópata son:

- Preocupación excesiva por el juego.
- Necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero.
- Pérdidas de control sobre su conducta de juego.
- Síntomas de abstinencia al no poder jugar.
- Intentar recuperar siempre su pérdida.
- Pérdida de las relaciones afectivas.
- Actos ilegales para conseguir más dinero.

La promulgación de la Ley Provincial N°6.362 del año 1996, creó el Instituto Provincial de Juegos y Casinos (IPJYC), cuyo objetivo principal es la administración, explotación y fiscalización de la Lotería de Mendoza y de la totalidad de los juegos oficiales, tantos propios como foráneos, que actualmente se comercializan en la Provincia de Mendoza. El Instituto también ejerce su autoridad sobre todos los juegos de banca realizados en cualquier clase de aparatos, máquinas y/o útiles que actualmente funcionan en la provincia.

La pregunta a formularse es: ¿el Estado mendocino está cumpliendo con su obligación constitucional indelegable de cuidar la salud de su población frente a esta enfermedad?

La respuesta a dicho interrogante es un lamentable y rotundo ¡NO!

Existen como mínimo 75.000 mendocinos que ya son ludópatas (3 a 4 por ciento de la población), pero lo más grave es que si no se hace prevención ni tampoco se detecta precozmente la predisposición a esta adicción, esa cifra crece día a día en forma alarmante.

Es lo que sucede hoy en Mendoza.

El único programa en "ejecución" llamado de Juego Responsable depende y funciona en el mismo organismo que debe, entre otros objetivos, maximizar su recaudación que es el Instituto Provincial de Juegos y Casinos y solo interviene cuando la persona ya sufre la adicción y pide ayuda (es decir actúa por demanda), no desarrollándose ni la prevención ni la detección temprana.

Surge entonces como cuestionamiento inmediato, **por qué el Estado no lo hace teniendo áreas específicas creadas por Ley como es el Programa Provincial de Adicciones con personal especializado en la materia. Más curioso resulta aun siendo esta una enfermedad de adicción de conducta que se desarrolla en un tiempo y espacio totalmente delimitado y controlado (salas de juego) y no como es el caso de otras conductas obsesivas-compulsivas (sexo, alimentación, compras, etc.).**

Es allí donde surge la especulación, que a mi entender es certeza, de conflicto de intereses.

Solo cito unos pocos ejemplos en donde el Gobierno del Estado mendocino se "distrae" o actúa irresponsablemente.

· **Publicidad:** ¿Puede permitir el Instituto que se promocióne y/o fomente el juego a través de captación de "clientes" poniendo a su disposición el traslado sin costo alguno hasta la sala de juego? ¿O proponer canjear el valor del boleto del colectivo o remis o taxi que abonó el individuo para llegar hasta el casino por fichas de juego?

Evidentemente aquí se está actuando sobre la población más vulnerable no solo en el aspecto económico sino sobre aquellas personas que, como define la Organización Mundial de la Salud, tienen algún tipo de predisposición a la adicción.

Ejemplos de publicidades responsables son en el caso del tabaco no solo con la leyenda e imágenes que su consumo es perjudicial para la salud sino también la prohibición de auspicios de actividades deportivas. En este caso se puede esgrimir que la substancia por más pequeño que sea su consumo es afecta igualmente al individuo.

Pero vamos a un ejemplo más cercano: el vino, pronto a declararse bebida nacional. Obligatoriamente debe cualquier publicidad, contener la frase que debe consumirse con moderación para que no influya negativamente en la salud de quien la bebe.

· **Auspicios:** ¿Puede el Instituto auspiciar discrecionalmente actividades que pueden incentivar el juego? ¿Todas las actividades que auspicia poco claramente el Instituto cumplen con lo que determina el Artículo 14 de la Ley N°6.362 "...se podrá financiar obras y o programas con fines sociales...".

A diario vemos auspicios que con solo la discrecionalidad del directorio del Instituto o del señor Gobernador no se condicen con lo expresado en la norma citada y mucho menos aun teniendo en cuenta a quien se dirige el mensaje del juego.

· **Horarios de funcionamiento:** invito a quien no concurre o lo hace en horario nocturno, a visitar una de estas salas de juego a las 10.30 hs. Allí se encontrara en un ambiente en penumbras con solo luces de diversos colores y tonalidades de máquinas y mesas de juego y por supuesto ciudadanos concentrados en su actividad lúdica. Esto por supuesto responde a la intención que el "cliente" pierda la noción del tiempo, acompañado; por supuesto con la inexistencia en ninguna sala de reloj. La experiencia para quienes no frecuentan estos ámbitos es angustiante.

No hemos podido desde los ámbitos institucionales limitar las horas de funcionamiento. Actualmente funcionan 16 horas continuadas, abriendo sus puertas a las 10 hs. la mayoría de los días con excepción del día domingo que la apertura es a las 14 hs. pero el cierre se extiende hasta las 6 hs.

· **Ingreso de fondos al Estado:** según el presupuesto vigente en su artículo 29 estipula que el Instituto debe transferir a la administración central \$138.000.000 que luego se distribuyen en distintas áreas y en su artículo 112 estipula que nunca dicha transferencia debe ser menor al 35% del ingreso bruto deducido gastos.

Los fondos que el estado mendocino recibe por tal fenomenal negocio que resulta el juego (más allá de desastrosas últimas administraciones) en Mendoza es tan exiguo que solo menciono que para sostener 27 programas de salud ingresarían este año \$52.000.000 en un presupuesto del área que va superar los 3.915 millones de pesos (Ministerio 2.535 millones y OSEP 1.380 millones.)

O si se quiere más comparaciones irrisorias, el presupuesto provincial ejercicio 2013 asciende a 25.600 millones de pesos y por el Instituto ingresan 138, es decir significa el 0,54%.

· **Responsabilidad Social Empresaria:** con orgullo festejamos que Mendoza es una de las primeras Provincias del país en haber dictado una ley de estas características.

La contradicción es tan manifiesta que parece inverosímil de como el estado relata y la verdad de los hechos va por otro camino totalmente divergente, ¿Será esto el mendocinismo a que hace referencia el Sr. Gobernador?

Se sancionó una ley para que las salas de juego cobraran una entrada mínima, que en su momento se acordó de solo \$2,00, y que lo recaudado por este concepto ayudara a la construcción de las salitas para alumnos de 4 años. Cuál fue el resultado: todo un directorio del Instituto Provincial de Juegos y Casinos, imputado por malversación de fondos y las compañías privadas recurriendo a la justicia para no cumplir, ya no con la letra de la ley, sino con el espíritu por lo cual fue sancionada la misma.

Como conclusión: si a las empresas privadas, cumplir con las exigencias que un Estado mendocino activo en la materia como el que necesitamos, se les hace no rentable la actividad que redimensionen o reveen su negocio. En otras palabras: "que se dediquen a

otra cosa” como se les dice a los débiles productores primarios desde el mismo Estado por intermedio del Ministerio de Agroindustria.

Es por estas resumidas razones que propongo la creación de una comisión en donde estén representados el Poder Legislativo, el Ejecutivo (Hacienda, Salud y Gobierno), el Instituto Provincial de Juegos y Casinos y los trabajadores del mismo para que en 60 días recomiende pautas acordadas y generales para la elaboración de una ley contra la ludopatía.

9 de Junio de 2013 06:00

Quieren que en 60 días funcione una comisión para prevenir la Ludopatía

La comisión de Senadores del radicalismo provincial buscan que en 60 días una comisión sienta las bases para un Programa para la prevención, detección y tratamiento de la Ludopatía.

por MDZ

“El rumbo actual de la actividad lúdica en la Provincia ha sido desviado y debe rediscutirse”. Esas palabras fueron pronunciadas por el senador radical Armando Camerucci, quien avanza en un proyecto para la creación de una comisión interdisciplinaria que aborde “urgentemente” la problemática de la ludopatía, considerada por la Organización Mundial de la Salud como una adicción que requiere de características psicológicas previas y externas que favorezcan su desarrollo.

“Es un trastorno que consiste en la presencia de episodios frecuentes y reiterativos de juego, que dominan la vida de la persona en detrimento de sus obligaciones y de sus valores sociales, ocupacionales, económicos y familiares. El jugador compulsivo es aquella persona que no tiene capacidad de resistir el impulso a apostar, se convierte en una necesidad y la tensión sólo puede aliviarse apostando cada vez más.” Indicó el legislador.

En un informe que dio a conocer Camerucci, indicó que el número de mendocinos ludópatas “ha crecido en estos últimos años de manera alarmante, siendo una de las causales la apertura de nuevas y cada vez más atractivas salas de juego. Esta afirmación no tiene, increíble e irresponsablemente, la contundencia de números que la avalen, es sólo un diagnóstico empírico de la realidad que se hace más notoria y/o visible en el interior provincial”, y calificó de contradictoria la actitud del Instituto Provincial de Juegos y Casinos “que fuese creado para hacer eficiente la actividad en función de sus objetivos originarios, sea a su vez quien controle las desviaciones en las conductas humanas que se transforman en enfermedades de alto impacto social negativo.”

Programa de juego responsable

Actualmente, el Programa de Juego Responsable que depende y funciona en el Instituto de Juegos y Casinos cuenta con una línea telefónica que es atendida por agentes pertenecientes al Instituto que brindan información concerniente a esta temática a toda persona que se considere jugador compulsivo, y cuenta con dos (2) psicólogos, un (1) psiquiatra y una (1) trabajadora social.

“Sin lugar a dudas esta simple descripción del Programa indica los insuficientes “esfuerzos” que lleva adelante el órgano encargado del juego en Mendoza. No sólo es escaso en personal y medios específicos sino, y más

grave, es que acciona a demanda. Es decir sólo interviene cuando el individuo ya es un ludópata y solicita atención, siendo inexistente la prevención y la detección precoz de la enfermedad” dijo Camerucci.

El legislador enfatizó que el rumbo actual de la actividad lúdica en la Provincia de Mendoza “ha sido desviado, produciendo un verdadero efecto nocivo en la sociedad”, por lo que considera que debe rediscutirse.

Aspectos a tener en cuenta para la comisión

- 1) En la Legislatura de Mendoza se han presentado diversas iniciativas para prohibir la instalación y funcionamiento de cajeros automáticos dentro de los casinos, bingos, máquinas de tragamonedas, hipódromos y similares. Del mismo modo propuestas para limitar el funcionamiento estableciendo horarios de entrada y salida de los casinos públicos y privados de la Provincia. Ninguna de estas mociones han tenido éxito hasta el momento.
- 2) Actividades promovidas discrecionalmente por el Instituto. Se realizan diversos y cuantiosos “auspicios” siendo totalmente discutible y/o cuestionable si se cumple con lo establecido en el artículo 14 de la Ley N° 6.362 el que determina que las “utilidades correspondientes al instituto serán utilizadas para financiar obras y/o programas con fines sociales...”
- 3) Otro aspecto a analizar es el control que debe ejercer el Estado sobre la publicidad no sólo de la actividad del juego en manos del Estado sino, y especialmente, en la de empresas privadas. Esto a los efectos de evitar prácticas negativas por parte de algunas compañías, que en su afán de captar clientes, facilitan y fomentan el acceso al juego de los sectores más vulnerables de la población, no solo en lo económico sino particularmente sobre los sectores menos informados sobre las patologías de las adicciones o directamente individuos que tienen predisposición a las adicciones.

Ejemplos claros son publicidades que “devuelven” con fichas de juego los gastos de taxis o colectivos que abonan los “clientes” para llegar a la sala de juego u otras empresas disponiendo directamente movilidad gratuita con recorrido predeterminado.

ANEXO V

Folletos



¿Algunas cosas empezaron a pesarte mucho?

0800 333 4884

Mendoza ASALUD | Dirección General de SALUD MENTAL | Plan Provincial de ADICCIONES

CENTROS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES EN ADICCIONES

ALGUNAS FORMAS DE CONSUMO QUE PUEDEN TORNARSE PROBLEMÁTICAS

- COMER EN EXCESO
- COMPRAR EXCESIVAMENTE
- TOMAR ALCOHOL EN EXCESO
- JUGAR COMPULSIVAMENTE
- USO EXCESIVO DE TECNOLOGÍA
- ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES TEJADA GÓMEZ Y CENTRO DE DÍA (Capital y Guaymallén)
0261-4292081 - Pasaje P. Vargas 598, Ciudad

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES DE GODOY CRUZ. (Godoy Cruz y Maipo)
0261-4228633 - Salvador Arias 1072 - Godoy Cruz

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES DE LAS HERAS. (Las Heras y Lavalle)
0261-4486011 - Dorrego 63, Las Heras

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES DE LUJÁN DE CUYO
0261-4961177 - San Martín 4180, Mayor Drummond

CENTRO PREVENTIVO Y ASISTENCIAL EN ADICCIONES ZONA ESTE (Junín, San Martín, Rivadavia, Santa Rosa y La Paz)
0263-4433783 - Gutiérrez 42 1º Piso - San Martín

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES VALLE DE UCO (Tunuyán, Tupungato, San Carlos)
02622-425772 - Bº Los Cóndores M4 Tunuyán

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES DE SAN RAFAEL
0260-4446152 - Saavedra 271

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES DE GENERAL ALVEAR
02625-15501680 - Mitre 76

CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL EN ADICCIONES DE MALARGÜE Ex Terminal de Ómnibus Malargüe
0261 - 155936440

Mendoza A

Mové Rockllos!!!

**CON \$ 30
JUGÁS
X \$50**

Presentando este cupón,
con \$30 obtenés \$50 en créditos
para jugar en nuestras
exclusivas máquinas slots

**ARENA
MAIPU**
¡MUCHO MÁS QUE UN CASINO!

Válido uno por persona por día para máquinas slots. Válido hasta el 31/03/2013. No arrojar en la vía pública.

CÓMO LLEGAR

LINEA DE COLECTIVOS 152
PRONTO REMIS / Tel. 4813-000
RADIO TAXI / Tel. 4303-300

**MAIPÚ
5**

**Jornada sobre
SALUD
y MENTAL
DERECHOS
HUMANOS**

DEL ENFOQUE TUTELAR
EN SALUD MENTAL AL DE
SUJETO DE DERECHOS

**Miércoles 3 de julio de 2013
Mendoza**

ORGANIZA:
Instituto de Derechos Humanos UNCuyo.
Comisión de Salud Mental y
Derechos Humanos.



**FORO PROVINCIAL
"DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON CONSUMO
PROBLEMÁTICO. UN DESAFIO ACTUAL"**

PROGRAMA

8.30 ACREDITACIONES

9.00 APERTURA

- Autoridades del Ministerio de Salud
- Autoridades de la Dirección General de Salud Mental

9.30 DISERTACIONES

- "¿Estigma o derecho a la salud? Lic. Touzé, Graciela.
- "Salud mental y consumos problemáticos: un marco posible desde donde pensar las políticas públicas en la materia, en tiempos de cambios paradigmáticos" Dra. Amadeo, Guadalupe.
- "Derecho a la salud como derecho humano" Dr. Báez, Emilio
- "Ley de salud mental: posibilidades y límites en el marco de las problemáticas del consumo" Lic. Alcaraz, Laura, Dr. Jury, Alberto

11.30 DEBATE

12.00 TRABAJOS GRUPALES

Avance Dijo Parad. y Ley y lo actual en (T).

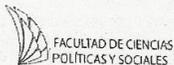
12.30 PUESTA EN COMUN

13.0 CIERRE Y CONCLUSIONES

- Lic. Stehlik Carina



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



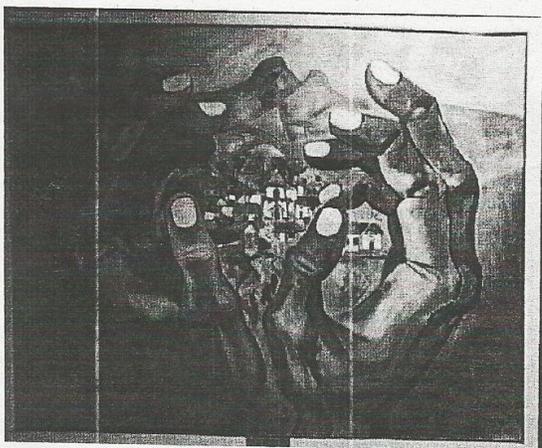
FACULTAD DE CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES



SECRETARÍA
DE
GRADUADOS

CURSO:
**“SOBRE CÓMO ESCUCHAR LAS DEMANDAS:
SALUD MENTAL, DERECHOS HUMANOS E
INTERDISCIPLINA. APORTES DESDE EL TRABAJO SOCIAL”**

Doctor Alfredo Juan Manuel CARBALLEDA



3 de octubre de 2013
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales - UNCuyo

Auspician:

**Dirección de
Carrera de
Trabajo Social**

Mendoza

Ministerio de
SALUD

Dirección General de
SALUD MENTAL



IDHH UNCuyo

Mendoza
Ministerio de
**DESARROLLO SOCIAL
Y DERECHOS HUMANOS**
Subsecretaría de
DERECHOS HUMANOS