



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

# TESINA DE LICENCIATURA

## ADOLESCENCIA Y ADICCIONES:

“Factores de protección y de riesgo en las familias y los efectores de salud”

Alumna: Daniela Noel Consoli

Directora: Mgter. Mónica Valgañón

Mendoza, Noviembre de 2.013.

## HOJA DE EVALUACIÓN

Tribunal:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Mgter. Valgañón Mónica.

Calificación:

## AGRADECIMIENTOS

*A mi madre, quien con amor y dedicación me enseñó a luchar por mis sueños, a confiar en mi misma y quien ha acompañado cada uno de mis pasos.*

*A mi padre, quien con gran esfuerzo hizo posible que llevara adelante mis estudios.*

*A mis hermanos Nicolás y Sebastián por su compañía y su apoyo en cada momento de este camino.*

*A Gonzalo, mi compañero de ruta, por su apoyo, su amor, sus palabras y por su compañía en cada uno de los logros y los fracasos.*

*A quienes con sus risas colman mi corazón, mis sobrinas Bianca y Emma*

*A mis amigos, con quienes compartí este camino y con quienes comparto un profundo amor por esta profesión.*

*A la Mgter. Valgañón, por su tiempo, por la orientación, dedicación y compromiso, por compartir sus conocimientos y experiencias y enriquecer este proceso.*

*A la Lic. Agrelo por su desinteresada ayuda, por su predisposición y su amabilidad.*

*A los profesionales, por su colaboración, su interés, su predisposición.*

*A las familias que accedieron a participar de dicho estudio de forma desinteresada.*

*A todos aquellos que formaron, de una u otra manera, parte del camino transitado:*

**¡GRACIAS!**

## RESUMEN

El consumo de drogas por parte de los adolescentes constituye en la actualidad un problema de salud pública, debido al elevado consumo de algunas sustancias y al inicio a edades muy precoces. Diversos son los factores que inciden en su aparición y mantenimiento, el más influyente es la familia. Por ello, es objetivo del presente trabajo, poder describir aquellas características de la familia posmoderna que influirían en el hecho de que los adolescentes desarrollen o no conductas de tipo adictivas; así como también conocer como una vez, que estas conductas de riesgo están instaladas en el seno de dicho grupo, ésta se vincula con las instituciones y desde que enfoque se encara, desde las mismas, dicha problemática. Para ello, se llevó a cabo una investigación cualitativa, en la que se trabajó con 5 familias cuya principal característica era la presencia de un miembro adolescente con dependencia a alguna droga psicoactiva. En el trabajo con dichas familias se implementó el Test de las imágenes de las relaciones familiares, también denominado Test de las Bolitas. Así mismo, para conocer el enfoque de trabajo de los efectores de la salud, se implementó como técnica la entrevista cerrada a 3 profesionales.

Los resultados obtenidos indican que los factores protectores de la familia se relacionan con la posibilidad de flexibilidad del sistema. En relación a los factores de riesgo, cabe mencionar la comunicación disfuncional y la dificultad en la pareja parental para el sostenimiento de roles y el liderazgo. En cuanto a la labor de los profesionales, puede concluirse que el trabajo interdisciplinario permite tener una mirada salubrista.

## ABSTRACT

The adolescent drug use is nowadays a public health problem, due to high consumption of certain substances and at an early age. Several factors affect its emergence and maintenance, and family is the most influential one. Therefore, this work is aimed at describing postmodern family characteristics influencing adolescent development of addictive behaviors, as well as, knowing that when these risk behaviors are installed within the family, they become connected to other institutions. It is also aimed at describing the investigation approach chosen for this research. In order to achieve this, a qualitative study was carried out. We worked with five families having a teenager with some psychoactive drug dependence as main feature. It was implemented a test based on pictures of family relationships, also called "Little balls Test". Additionally; in order to recognize the working approach of health effectors, a technique of a directive interview to 3 professionals was implemented.

Significant results indicate that family protective factors are related to the possibility of the system flexibility. Regarding risk factors, it is worth mentioning dysfunctional communication and parenting difficulties related to role maintenance and leadership. In relation to the work of professionals, it can be concluded that the interdisciplinary work allows us to have a public healthy look.



2.1 Adicciones hoy.....	26
2.1.1 Concepto de droga.....	27
2.2 Uso, Abuso y Dependencia.....	29
2.3 Criteros para detectar el Abusode sustancias vs. Dependencia.....	30
2.4 Formas de consumo de drogas.....	34
2.5Tipos de drogas.....	35
2.5.1 Drogas Legales.....	35
2.5.2 Drogas Ilegales.....	38
2.6Adicciones en la Argentina.....	44
2.7Políticas destinadas al abordaje de las adicciones.....	46

**Capitulo 3. Factores protectores y Factores de riesgo.....49**

3.....	Introduccion.....	49
3.1. Factores de Riesgo.....		50
3.2. Factores Protectores.....		51
3.3. Dimensiones Analíticas de los Factores protectores y de riesgo.....		51
3.3.1 Dimension Personal.....		52
3.3.1.1 Actitudes, creencias y valores.....		53
3.3.1.2 Habilidades o recursos sociales.....		54
3.3.1.3 Autoconcepto y autoestima.....		55
3.3.1.4 Autocontrol.....		56
3.3.1.5 La experimentación.....		57
3.3.2 Dimensión Relacional.....		58
3.3.2.1 La escuela.....		58
3.3.2.2 El grupo de pares o grupo de amigos.....		59
3.3.2.3 La familia.....		60
3.3.3 Dimensión Social.....		61
3.4. La familia como factor protector y de riesgo.....		62



<b>Capítulo 4. La Familia en la Sociedad Posmoderna</b> .....	66
4.1. La Familia.....	66
4.1.1. Conceptualización de familia.....	67
4.2. La familia argentina posmoderna.....	68
4.3 Familia Funcional.....	72
4.3.1 Estructura familiar.....	73
4.3.2 Dinámica familiar.....	73
4.3.2.1 Modelo Circumplejo de D. Olson.....	74
4.4 Familia Disfuncional.....	76
4.5. La familia del adicto.....	77
4. 6. Familias y procesos de salud.....	84
4.6.1. El modelo de enfermedad vs. El modelo salubrista.....	88
<b>Segunda Parte. Marco Metodológico</b> .....	91
<b>Capítulo 5</b> .....	92
5.1. Objetivos de Investigación.....	92
5.2. Método.....	92
5.2.1. Tipo de Estudio.....	92
5.2.2. Grupo de estudio.....	93
5.2.3. Instrumentos de Evaluación.....	94
5.2.4. Procedimiento.....	98
<b>Capítulo 6. Presentacion de resultados</b> .....	100
6.1. Test de las Bolitas.....	101
6.2. Entrevistas.....	120
6.2.1 Analisis de contenido.....	120
6.2.3 Análisis de Contenido. Text Stat.....	135
<b>Capítulo 7 .Conclusiones</b> .....	140

<b>Bibliografía</b> .....	144
<b>Anexos</b> .....	150

## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es un hecho que ha tenido lugar a lo largo de la historia de la humanidad bajo diversas connotaciones: religiosas, terapéuticas, ceremoniales, festivas, entre otras. Sin embargo, en la actualidad, se vislumbran variaciones en el consumo, con respecto a etapas previas, con el consecuente surgimiento de nuevas tendencias, como el policonsumo. La figura del adicto, quedaría hoy, representada por consumidores cada vez más jóvenes, siendo, en la actualidad, la edad de inicio a los 13 años (SEDRONAR, 2011).

Esto es lo que hoy nos permite hablar de las adicciones como conductas de riesgo, vinculando el consumo a la adolescencia, de una problemática de salud pública, debido al elevado consumo de algunas sustancias, al creciente aumento de otras, al inicio en edades muy precoces y a las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la vida actual y futura del joven. Dicho fenómeno se caracteriza por ser, dinámico, variable y en constante evolución, en cuyo origen y mantenimiento inciden diversos y múltiples factores. Uno de los más importantes e influyentes lo constituye la familia, atendiendo al proceso de socialización como un elemento central (Becoña Iglesias, 2007)

Específicamente, la presente investigación intentará describir aquellos atributos o características del sistema familiar que actúen como factores protectores y como factores de riesgo, previniendo o propiciando, respectivamente, la aparición de conductas sintomáticas en adolescentes en el seno del sistema vincular; en el caso

particular de dicha investigación, las conductas adictivas. A través de ello, se pretende caracterizar al grupo familiar de dichos adolescentes, del Gran Mendoza, buscando una aproximación a aquellos elementos protectores que caractericen a estas familias, intentando desarrollar una mirada salubrista.

Así mismo, y para contribuir a lo anteriormente postulado, se pretende arribar al conocimiento del paradigma desde el cual los efectores de la salud sostienen el abordaje de las adicciones en adolescentes, a fin de comprender si el mismo se enfoca hacia el riesgo o, por el contrario, hacia la protección.

Es por lo anteriormente mencionado, que el presente trabajo se abordará y desarrollará desde un paradigma sistémico, a fin de atender los aspectos dinámicos y estructurales de la familia. Para tal fin se implementará una técnica proyectiva: el Test de las Bolitas, a fin de lograr una aproximación a los aspectos mencionados.

En lo que respecta al conocimiento del paradigma desde el cual los profesionales hacen sus intervenciones, se aplicarán, para tal fin, entrevistas. Cabe destacar que debido a que se trabajó con 5 familias y 3 profesionales de la salud, los resultados obtenidos no podrán ser generalizados.

Para poder abordar dicha temática, el presente trabajo contará con dos partes. En la primera, se desarrollará el Marco Teórico, el cual consta, a su vez, de cuatro capítulos. En los mismos se ampliarán los siguientes temas: adolescencia y conductas de riesgo; adicciones; factores protectores y factores de riesgo y, por último, la familia en la sociedad postmoderna.

En lo que respecta a la segunda parte, en ella se desarrollará el Marco Metodológico, donde quedarán definidos los materiales, métodos y procedimientos utilizados para la realización de la presente tesina; así, como también, el análisis de los resultados obtenidos.

Finalmente, se presentarán las conclusiones a las cuales se arribó a partir de la recogida y análisis de los datos obtenidos.

## PRIMERA PARTE

## MARCO TEORICO

## CAPITULO I: ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DE RIESGO

### **1. Introducción**

El presente apartado, hará alusión a la adolescencia, describiendo los principales procesos y características que definen a dicho periodo de la vida del ser humano, intentando a su vez, comprender cómo se desarrolla este periodo en el actual contexto social, político, económico y cultural, buscando dotar de sentido y significado la presenciade conductas de riesgo en esta población, entre las cuales podemos situar el consumo de sustancias psicoactivas.

Se considera que esto facilitará la comprensión de aquellos factores que pueden actuar como protectores o bien como propiciadores de dichas conductas de riesgo.

#### **1.1. ¿Qué es la adolescencia?**

En este punto se intentarán conceptualizar diversas aproximaciones teóricas acerca de la adolescencia, ya que se considera importante acceder a las múltiples posturas o posiciones adoptadas a través de los años y actualmente, en cuanto a dicho término.

Aberastury y Knobel (1995) sugirieron que la adolescencia, más que ser una etapa donde se encuentra estabilidad, es un proceso y desarrollo. El adolescente pasa por desequilibrios e inestabilidad extrema. A esto se ha denominado “Síndrome normal de la adolescencia”. En este proceso, el adolescente, va a establecer su identidad, objetivo fundamental de este proceso. Para esto no solo debe enfrentar el mundo de los adultos, sino que además debe desprenderse de su mundo infantil, en el que vivía cómodamente.

En palabras de Kaplan (1984, en Moreno y del Barrio, 2000), “la adolescencia no es ni una repetición del pasado ni una mera estación intermedia entre la infancia y la edad adulta. Es un espacio pleno de historia y potencialidad”.

Moreno y Del Barrio (2000) establecen que la adolescencia alude a un momento vital en el que se suscitan diversos cambios que afectan a la persona en diversas áreas, ya que durante este periodo se transforma no solo el cuerpo, sino también, la mente, las relaciones familiares y sociales.

Kaplan (2003) define a la adolescencia fundamentalmente como un proceso de transición entre la niñez y la etapa adulta. Así mismo, establece que el contexto sociopolítico ejerce gran influencia en este desarrollo, lo cual ha llevado a variaciones en la naturaleza de dicha transición.

Por su parte Papalia (2004) caracteriza a la adolescencia como un periodo de transición que media el paso de la niñez a la vida adulta en las sociedades industriales.

Según lo define dicho autor, la adolescencia es una construcción socio cultural propia de la modernidad, dado que anteriormente al siglo XX no había concepto de adolescencia; y por lo tanto los niños entraban a la edad adulta cuando maduraban físicamente o comenzaban como aprendices de algún oficio. En nuestra era posmoderna, por el contrario, el ingreso al mundo adulto conlleva un tiempo mayor y se ha convertido en un proceso menos definido.

La adolescencia comienza alrededor de los 11 o 12 años y se extiende hacia los 19 o 20 años aproximadamente (lo cual depende estrictamente del contexto en el que tenga lugar dicho proceso), e implica grandes cambios en diversas áreas del desarrollo, que darán como resultado la constitución de la identidad del adolescente.

En la presente investigación se hará alusión a la identidad como una compleja articulación de elementos psicológicos, sociales, culturales; cuyo desarrollo y conformación se ve propiciado durante este periodo vital.

Diversos estudios psicológicos, en torno a la adolescencia, coinciden en señalar la búsqueda de identidad como el resultado de un proceso de individuación que lleva a que el individuo emerja de su grupo familiar con un sí mismo diferenciado.

De acuerdo con Erikson (1982), cada estadio del desarrollo supone una crisis. El hecho de aludir a una crisis no implica catástrofe, sino que sugiere la idea de un cambio, de un giro que se conjuga con las condiciones sociales y culturales de un determinado momento histórico.

Según lo propuesto por Obiols (2008), la adolescencia supone una crisis constitutiva de la identidad de la persona. Cuando la madurez biológica esté acompañada de madurez afectiva e intelectual, que le permita al adolescente su entrada en el mundo adulto, estará equipado de un sistema de valores, de una ideología que confronta con la de su medio y donde el rechazo a determinadas situaciones se cumple con una crítica constructiva.

Esa ideología creada o recreada por cada adolescente es constituyente de la propia identidad.

Los cambios, más significativos, en las diversas esferas de la vida, que darán lugar al desarrollo de la identidad de la persona son:

- ✓ Desarrollo físico.
- ✓ Desarrollo psicológico
- ✓ Relaciones sociales

### **1.1.1 Desarrollo Físico.**

Por lo general, se considera que la puerta de entrada a la adolescencia, es la pubertad, definida como el proceso que conlleva a la madurez sexual.

La pubertad ha sido definida como el extenso proceso caracterizado principalmente por cambios biológicos, los cuales desembocan en la completa maduración de los órganos reproductores, y, de acuerdo a lo que establecen Moreno y Del Barrio, su comienzo, entre los nueve y dieciséis años, marca el inicio de la adolescencia (pp. 36).

Durante esta etapa no solo tienen lugar cambios en los caracteres sexuales, primarios y secundarios, sino también en las diversas estructuras, es decir, que las modificaciones se desarrollan en los aspectos fisiológicos en general.

En las mujeres se ensanchan las caderas, redondeándose por el incremento del tejido adiposo, en los hombres se ensanchan los hombros y el cuello se hace más musculoso. Durante este período del desarrollo humano es cuando maduran los órganos sexuales, tanto internos como externos.

En las adolescentes se produce una dilatación de los ovarios y la primera menstruación, en los hombres se desarrolla el pene y los testículos, así como la próstata;



aparece la primera eyaculación. Dentro de este mismo proceso aparecen los caracteres sexuales secundarios: en las mujeres vello púbico y axilar, crecimiento de los senos, en los hombres cambio de voz, vello púbico, facial y axilar.

De este modo puede establecerse que la pubertad constituye un proceso que no solo suscita cambios a nivel físico, sino que además, los mismos, tiene implicaciones más o menos profundas en la vida psíquica de una persona.

De acuerdo con Coleman (1993 en Moreno y Del Barrio, 2000) el cuerpo transforma su funcionamiento y para el adolescente es necesario asimilar estas nuevas experiencias corporales. A entendimiento de dicho autor, el desarrollo que experimenta el cuerpo se sitúa entre las principales tareas evolutivas a las que el adolescente tiene que enfrentarse.

Así mismo, la forma en que el adolescente vivencia estos cambios a nivel biológico, impacta en su contexto social más inmediato, es decir, en su familia y en su grupo de pares, lo cual determina las representaciones que los adolescentes elaboran sobre la pubertad y el significado que le otorgan.

### **1.1.2 Desarrollo Intelectual**

Junto a los visibles cambios que tienen lugar a nivel físico, el adolescente experimenta otro tipo de cambios; si bien estos son menos evidentes, dejan una clara impronta en el comportamiento de estos jóvenes.

Moreno y Del Barrio (2000) hacen especial mención de este tipo de cambios y establecen que los mismos refieren a las nuevas formas de enfrentarse a la realidad intelectualmente. Dichas autoras proponen que la adolescencia se caracteriza por la aparición de profundos cambios a nivel de la estructura del pensamiento.

Inhelder y Piaget (1955, en Moreno y Del Barrio, 2000) denominaron operaciones formales a este periodo, que tiene su inicio alrededor de los 11-12 años y se consolida hacia los 13-14, y establecieron que es a través de este desarrollo que el pensamiento del adolescente se aproxima más al pensamiento científico y lógico.

De acuerdo al postulado de dichos autores lo que caracteriza al pensamiento del adolescente es la presencia de una reflexión que le permite ir más allá del presente, posibilitando la creación de teorías y sistemas.

Por su parte, Coleman (2003) asevera que durante la adolescencia, el desarrollo cognitivo, experimenta cambios constantes, lo cual a su vez se manifiesta en modificaciones en el comportamiento y actitudes. Dichos cambios, posibilitan el paso a la independencia tanto a nivel de pensamiento como de acción, el desarrollo de una perspectiva temporal en la que se incluye el futuro, facilitando el progreso hacia la madurez en las relaciones, contribuyen al desarrollo de las destrezas comunicativas, lo cual promueve progresivamente el desarrollo de la capacidad de los adolescentes para asumir papeles adultos en la sociedad.

### **1.1.3 Relaciones sociales**

Nos parece fundamental comprender que el desarrollo durante la adolescencia, en las diversas áreas anteriormente descritas, no puede considerarse sin atender los diversos contextos sociales en los que ellos tienen lugar. Sobre todo por el hecho de que el ingreso en la adolescencia supone una mayor riqueza y variedad de experiencias sociales.

Diversos autores coinciden en centrar su atención en las relaciones de los adolescentes con sus familias y su grupo de pares.

En general, distintos autores e investigadores, coinciden en establecer que las relaciones familiares, durante este periodo tienden a tornarse conflictivas. Lo

anteriormente mencionado se relaciona con la desidealización de las figuras paternas durante dicha etapa. Esto cual sería propiciado por la búsqueda de un lugar en la sociedad, lo que obliga a reajustes, los cuales se manifiestan, en primer lugar, en los adultos más próximos.

En lo que respecta a las relaciones con los pares, los iguales comienzan a ocupar, durante este periodo, un lugar más importante, que en periodos anteriores de la vida, cabe destacar que esto se extiende a numerosos ámbitos, y que se comienza a explorar nuevas áreas a través de las cuales relacionarse con los mismos, fundamentalmente ligadas al ocio (Moreno y Del Barrio, 2000).

Peter Blos, quien destaca la importancia de las relaciones con los iguales durante dicho periodo, establece que por efecto de la reestructuración de las relaciones familiares, se producen ansiedades junto con sentimientos de desesperación y vulnerabilidad. Y según dicho autor, la capacidad del adolescente para afrontarlos dependerá de las relaciones de apoyo que logren establecer con sus pares.

En el proceso de desvinculación con los padres y antes de lograr un estado de autonomía, los adolescentes se vuelven hacia los pares en busca de estímulos, así como, de sentimientos de pertenencia, lealtad y empatía.

## **1.2. El adolescente de la Posmodernidad**

A fin de comprender al adolescente y a la adolescencia en tanto proceso evolutivo, consideramos fundamental situar a la adolescencia en la posmodernidad, lo cual, a

nuestro entender, posibilitará la caracterización y comprensión de dicho proceso evolutivo, contextualizado en un determinado periodo socio- histórico.

Comprender dichos aspectos facilitará la construcción de un perfil del adolescente de nuestros tiempos.

Obiols y Obiols (2008) citan a Lyotard (1989, p. 13) y coinciden en proponer a la posmodernidad como un *estado de la cultura*. Partiendo de esta concepción es que logran establecer que este estado de la cultura, con sus características, modela a los sujetos así como a las prácticas sociales, redefiniéndolos y otorgándole nuevos significados, en relación a los cuales, se puede comprender a los mismos.

Es a partir de lo anteriormente mencionado, que la adolescencia contextualizada en la posmodernidad, genera un fenómeno con características particulares, ya que la presenta como modelo social por excelencia, lo cual se extiende como mandato a la sociedad toda.

A diferencia de los tiempos que transcurren, en la modernidad, la aspiración principal, era llegar a la adultez. Si pensamos en la época actual, encontramos, que a diferencia de la modernidad, la adolescencia ocupa un lugar privilegiado.

Ahora bien, dentro de este contexto, ¿qué ocurre con la adolescencia en los ámbitos urbanos?

Sería justamente la era postindustrial la que ha permitido desarrollar y extender la adolescencia, sino a todos, a buena parte de los jóvenes. Los jóvenes pertenecientes a sectores de bajos ingresos o campesinos quedan fuera de este proceso, para ellos la entrada en la adultez es rápida y brusca, ya sea a través de la necesidad de trabajar tempranamente o bien por un embarazo casi simultáneo con el comienzo de la vida sexual. Pero en los sectores medios urbanos la adolescencia se constituye como un producto nuevo, no ya como un rito de pasaje o iniciación, sino como toda una etapa de la

vida con conflictos propios. Es más, aquellos viejos indicadores de pasaje, si lo fueron, se han perdido totalmente.

En la sociedad actual, los jóvenes no esperan el momento de vestirse como sus padres, son los padres los que tratan de vestirse como ellos; acceden a la sexualidad con parejas elegidas por ellos mismos, en el momento en que lo desean y sin mayores diferencias entre varones y mujeres. Los hábitos de beber o fumar, no sólo no son consideradas "faltas de respeto" sino que se han vuelto muy difíciles de controlar.

Existen autores que consideran el término "adolescencia" como un artefacto creado dentro de las sociedades urbano-industriales a partir del siglo XV ya que es por entonces cuando el término aparece en el idioma inglés. Sin embargo "adolescere" es un término latino que significaba para los romanos "ir creciendo, convertirse en adulto".

Los jóvenes ven prolongado el período de la vida en el que viven con sus padres, no consiguen trabajos y tienen que prepararse durante mucho más tiempo para acceder a ellos. Se produce así una época en la cual las responsabilidades se postergan mientras se disfruta de comodidades, una prolongación de lo bueno de la infancia con la libertad de los adultos, un estado "casi ideal".

Si bien es cierto que los adolescentes no pueden en ninguna época ser descriptos como un solo tipo, también es cierto que a través de los autores que estudian la etapa, se va configurando un modelo, por lo menos de aquel tipo considerado representativo.

En palabras de Dolto (1990, 60) antes de 1939 la adolescencia era considerada por los especialistas como una crisis subjetiva, en la cual uno se revelaba contra los padres y las reglas impuestas por la sociedad. Durante este periodo de la vida el adolescente soñaba con ingresar al mundo adulto. Pero es a partir de 1950, cuando la adolescencia deja de ser considerada como una crisis para ser vivenciada como un estado.

De acuerdo a Obiols y Dolto, la adolescencia, no se caracterizaría por la falta de identidad de los sujetos; para estos autores la adolescencia tendría de por sí "identidad adolescente": es decir, pensamientos propios, conflictos propios, etc. Postura de cuya consideración partimos en dicha investigación.

Para Erik Erikson, el adolescente era fundamentalmente alguien en busca de su identidad, que crecía, se encontraba con una generación adulta y se entrenaba confrontando contra ella, conociendo su propio estilo, sus errores y sus virtudes en el juego.

Este proceso de enfrentamiento generacional era inevitablemente doloroso, obligaba a la pérdida de ilusiones, destruía ídolos, provocaba temores, falta de confianza en las propias fuerzas, tristeza, rabia, pero también, simultáneamente, sensación de triunfo y de libertad. El fin de la infancia, la salida del paraíso, provocaba angustia. La pubertad era así la señal del comienzo del cambio. El cuerpo denunciaba lo que el psiquismo tardaría mucho tiempo en adquirir, un cambio fundamental. La inercia de los afectos requería bastante tiempo para adaptarse a la nueva situación y ese tiempo no siempre estaba a disposición. Y estallaban las crisis, mezcla de regresiones y pruebas de independencia.

Para concluir, puede establecerse, que la adolescencia se postula como un verdadero “modelo social”. Está dejando de ser únicamente una etapa en el desarrollo vital, para convertirse en un *modo de ser y de hacer*, válido como referencia para la misma sociedad.

### **1.3. Adolescencia y conductas de riesgo.**

A partir de la consideración de la adolescencia en tanto proceso de cambios, inserta en un contexto socio histórico determinado, con procesos característicos que influyen y contribuyen a definir y a determinar dicho periodo, es que intentaremos establecer una relación entre la adolescencia y el consumo de sustancias, en tanto conducta de riesgo para sí y, en ocasiones, para otros.

En relación a lo abordado, se considera que, es que consideramos oportuno establecer que lo que constituye una característica que define al uso de estas sustancias en la actualidad, es la modificación en los patrones de consumo. Hoy la figura del adicto quedaría representada por consumidores cada vez más jóvenes, que llevarían a cabo estas

conductas con fines socializantes y recreativos, cuyos riesgos y consecuencias serían minimizados, al ser considerados actos triviales, lo cual a su vez daría lugar a nuevas tenencias en el consumo como lo es el policonsumo.

Es a partir de lo anteriormente mencionado que puede establecerse que el consumo de drogas psicoactivas por parte de adolescentes constituye hoy un problema de salud pública, ya que cada vez mayor número de jóvenes lleva a cabo este tipo de conductas calificadas como de riesgo.

De acuerdo con Papalia (2003) dicho periodo además de grandes cambios a nivel físico, cognitivo y social, también supone grandes riesgos, ya que muchos adolescentes presentan dificultades para lograr un manejo adecuado de todos estos cambios que se suscitan de manera simultánea.

Siguiendo a Becoña Iglesias (2000) el consumo de sustancias psicoactivas, no suele darse de manera aislada, sino unido a otras conductas de riesgo, consideradas antisociales o problemáticas socialmente (delincuencia, conducción temeraria, embarazo adolescente, etc). Es por ello, que una temprana experimentación con dichas sustancias psicoactivas facilitará la posterior experimentación con otras sustancias.

Todo lo anteriormente mencionado sugiere la relevancia de la etapa adolescente respecto al inicio en el consumo de drogas. Lo cierto es que la historia se ha acelerado en el último siglo respecto a los siglos anteriores y cada una o dos décadas tenemos una generación nueva o cohorte nueva que se diferencia de la anterior en gustos, modo de vestir, metas, etc.

Lo que caracterizaría a las personas de esta generación, en contraposición a generaciones previas, es el hecho de tener una visión negativa sobre el futuro, baja autoeficacia escolar, poca expectativa laboral, todo lo cual favorecería los problemas relacionados con el desarrollo de la autonomía, la independencia y la autoidentificación

(Takanishi, 1993 en Becoña Iglesias, 2000). El modo en que nuestra sociedad trata a sus adolescentes depende, en parte, del modo en que ella interpreta sus conductas (Quadrel, Fischhoff y Davis, 1993). Una explicación ampliamente extendida es que los adolescentes llevan a cabo conductas de riesgo que ellos ignoran o que trivializan sus efectos, pero que probablemente tengan consecuencias negativas.

Siguiendo esta línea de pensamiento, serian varios los factores que incidirían en el hecho de que los adolescentes desarrollen conductas de riesgo (Bayés, 1990; Becoña y Vázquez, 2000):

- 1) En primer lugar cabe mencionar el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos considerados de riesgo, así como lo inmediato de sus efectos.
- 2) El tiempo que separa la práctica de los comportamientos nocivos de la aparición de las consiguientes consecuencias negativas vinculadas a los mismos.
- 3) El hecho de que mientras las conductas no saludables proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos suelen manifestarse a largo plazo o suelen ser poco probables.
- 4) La convicción del poder sin límites de la medicina, y de la tecnología vinculada a ella, para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer.
- 5) Por el sistema cultural, que a través de diversas creencias y por su arraigo suele mantener y a través de ello "justificar" prácticas no saludables, pero socialmente correctas.
- 6) El cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída.

Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van a afectarlos, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causar problemas.



Un nuevo fenómeno que empieza a emerger con fuerza para explicar el consumo de drogas, tanto ocasionalmente como a nivel de abuso y dependencia, en adolescentes, es el consumo recreativo de drogas. Es indudable que el ocio y tiempo libre se convierte cada vez más en un fenómeno característico de las sociedades más avanzadas. (Calafat, 1999, en Obiols y Obiols, 2008).

La cultura del ocio ha cobrado fuerza e importancia en los últimos años en nuestra cultura, sobre todo entre los adolescentes y jóvenes. Disponer de mayor tiempo libre, para cada uno cultivarse como mejor crea conveniente, puede ser un elemento favorecedor del consumo de drogas, en la medida en que dicho tiempo no sea administrado recreativamente.

El interjuego de los aspectos previamente considerados, nos permitirán explicar algunos de los motivos por los cuales, el consumo de sustancias psicoactivas, es un hecho que responde a una multiplicidad de causas, sean las mismas de índole social, política, cultural, económicas, familiares y personales, por las que los adolescentes se ven atravesados y las cuales, él mismo, debe sortear, adaptarse (o no) y vivir en el siglo XXI.

## CAPITULO II: ADICCIONES

### **2.1 Adicciones Hoy.**

En relación a lo desarrollado con anterioridad, y citando a Becoña Iglesias (2000), la adolescencia es una edad crítica para la formación de la persona. Durante la misma, tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda y el consiguiente desarrollo de la autonomía e identidad son elementos característicos de dicha etapa. Esto se verá o no favorecido por su historia previa, así como por el apoyo, o ausencia del mismo, de los ámbitos en los que se desarrolle el adolescente y por la existencia o no de problemas en dichos ámbitos.

Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo período, que luego continuará en la vida adulta y el consumo de drogas es una cuestión con la que muchos, sino todos, los adolescentes deben enfrentarse, ya que en nuestra sociedad posmoderna prácticamente ninguno se ve exento de ello.

Este periodo, en el cual la persona adolece de ciertas características, atributos y cualidades, suele dejar al adolescente en un estado de vulnerabilidad que puede convertir a este periodo en “la puerta de entrada” al consumo de sustancias psicoactivas (considerando y atendiendo a los aspectos socio-histórico-culturales que caracterizan a nuestra sociedad posmoderna).

Para poder comprender esto, será necesario profundizar en el significado que ha adquirido la droga en nuestra sociedad a fin de poder comprender los motivos por los cuales, en la actualidad, mayor número de adolescentes busca a acceder a ellas.

### **2.1.1 Concepto de droga.**

Con el objeto de poder comprender el hecho de que una persona consuma sustancias psicoactivas, es que se analizará el termino adicto.

Los términos toxicómano y toxicomanía ampliamente utilizados en el siglo pasado, fueron desplazados, progresivamente, en las últimas décadas del siglo XX, por los de drogodependiente y drogodependencia, que tenían menos connotaciones morales y legales y estaban menos estigmatizados.

Hoy, estos términos están siendo, a su vez, sustituidos por el de adicción y adicto, al extender el ámbito de estudio no solo a los trastornos por abuso y dependencia de sustancias químicas, sino también, a un heterogéneo grupo de conductas patológicas altamente disruptivas para el individuo que las padece - como las ludopatías, el ejercicio físico extenuante, las compras sin control, la búsqueda patológica de sensaciones extremas, el sexo compulsivo, etc.- que se denominan adicciones comportamentales y que se caracterizan por la necesidad imperiosa de ser repetidas, a pesar del evidente daño psíquico y físico que generan.

Eduardo Kalina (2006), propone que el término adicto es un concepto que era empleado en la antigua Roma; en este contexto histórico el término aludía a aquel sujeto que no podía pagar una deuda, a partir de este suceso entregaba su vida como adicto, es decir, como un esclavo. De esta forma salía de su condición de deudor, entregando su libertad como medio de pago.

En relación a lo antes mencionado podría establecerse que el adicto tiene el mismo destino que el esclavo, en el sentido de que mediante el consumo de sustancias psico-neuro-bio-tóxicas, en la ilusión de superar sus debilidades y negar aquellos aspectos de la realidad que le resultan intolerables, en lugar de liberarse o independizarse se vuelve dependiente de la droga, transformándose de este modo en drogodependiente.

Un aspecto a destacar es el significado del vocablo “dicción”, que hace referencia a: un modo de hablar, por lo tanto alude a la palabra, por ende, el término adicción implicaría la negación de esto, o sea, lo no hablado. Concluimos, entonces, que un adicto es aquella persona que en lugar de hablar sobre lo que le ocurre, lo expresa a través de algún acto, en este caso en particular, el acto de consumo de sustancias.

Hoy en día las adicciones en nuestro país son consideradas desde una perspectiva social, es decir, que son asumidas y abordadas como una patología psicosocial, lo cual deriva del entendimiento de que las personas consumen este tipo de sustancias para anesthesiarse y evadirse de ciertos aspectos que le resultan intolerables.

Al respecto, Nilda Astorga (2000) señala:

Las drogas no son otra cosa que una angustiada y fallida búsqueda de solución ante una sociedad que no toma los recaudos más indispensables para proteger a sus retoños.

A fin de vislumbrar un panorama más amplio que nos permita entender y aproximarnos a esta problemática socio-cultural, ahondaremos en algunos conceptos que consideramos fundamentales.

Según la OMS, las *drogas* son aquellas sustancias que, introducidas en el organismo, por cualquier vía de administración, producen una variación de su natural funcionamiento.

Otro de los conceptos que suele emplearse para hacer referencia a este tipo de sustancias es el término *droga psicoactiva*. Este término se emplea para hacer referencia a aquellas drogas cuyo principal efecto es ejercido directamente sobre el sistema nervioso central.

Otros autores han implementado el término *droga de abuso*, como un sinónimo de los anteriores conceptos, para hacer referencia a aquellas drogas de uso no medicinal y terapéutico con efectos psicoactivos, es decir, aquella sustancia que introducida al organismo, por cualquier vía, es capaz de provocar cambios a nivel de la percepción, del estado de ánimo, de la conciencia y del comportamiento.

En relación a la persona que consume drogas pueden exponerse los siguientes términos:

- *Toxicomanía*: este término alude al estado de intoxicación, sea esta periódica o crónica, del consumidor de una determinada sustancia. El término tóxico, refiere al uso no médico de dicha sustancia y con el sufijo manía se hace hincapié en la exacerbación afectiva buscada con la autoadministración de la droga.
- *Adicción*: Es la necesidad imperiosa de consumir que tiene un sujeto sin tener en cuenta, o minimizando, las consecuencias nocivas tanto para él como para su entorno.
- *Uso de sustancias*: alude al consumo de sustancias sin que por ello se produzcan efectos físicos, psicológicos, conductuales y sociales.
- *Abuso de sustancias*: puede entenderse como el uso de drogas, del cual, como consecuencia, puede verse comprometida física, psíquica y/o socialmente la evolución del sujeto, ya sea por la cantidad que se consume (abuso cuantitativo), o por las circunstancias en que se produce el consumo (abuso cualitativo).

## 2.2 Uso, abuso y dependencia.

- **Uso:** Nos referimos a *uso* cuando el compromiso con la droga es todavía bajo. El consumo tiene lugar en oportunidades específicas y suele darse de manera casual. No existe deterioro en los ámbitos laboral, social o familiar, ni tampoco se presentan episodios de intoxicación o sobredosis.
- **Abuso:**El *abuso* indica que el consumo comienza a efectuarse con regularidad. La droga va gobernando progresivamente la vida de la persona y suscitando, así mismo, el deterioro de los vínculos. El estado de ánimo de la persona es cambiante y pueden presentarse episodios de intoxicación.
- **Adicción:** Llegada esta instancia, el consumo suele efectuarse de manera compulsiva y disminuye la posibilidad de alcanzar la abstinencia. Esto provoca que las relaciones vinculares comiencen a romperse —en la familia, en el trabajo, en la escuela, etc. —. Aparecen conductas de riesgo, tales como: promiscuidad a nivel de la sexualidad, con la consiguiente probabilidad de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, por el uso de sustancias por vía intravenosa, por ejemplo, el embarazo a edades prematuras, etc.

Cuando se ha desarrollado una adicción, el compromiso orgánico con la sustancia es fuerte, se corre el riesgo de padecer alteraciones en el sistema inmunológico y se manifiestan *síndromes de abstinencia*.

## 2.3. Criterios para detectar el abuso de sustancias vs. Dependencia.

A fin de esclarecer el panorama, consideramos conveniente establecer una distinción entre los conceptos abuso y dependencia, y por ello, nos centraremos en los criterios que constituyen el delgado límite entre uno y otro.

De acuerdo a lo expuesto en el DSM IV, puede establecerse que:

El **abuso** comprende un patrón de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por uno (o más) de los siguientes puntos, durante un periodo de 12 meses:

1. Consumo recurrente de la sustancia, lo cual provoca el incumplimiento de obligaciones cotidianas (ausencias, expulsiones, descuidos de tareas, etc.).
2. Consumo en situaciones en las que resulta físicamente peligroso (por ejemplo, previo a conducir un automóvil).
3. Problemas legales reiterados, relacionados con el consumo de drogas (por ejemplo, arrestos por comportamientos escandalosos o agresivos debido al consumo de la sustancia)
4. Continuar consumiendo a pesar de tener problemas de índole social o interpersonal (por ejemplo, discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación.)

Respectivamente, lo que define al consumo de sustancias en una dependencia hacia las mismas, puede caracterizarse del siguiente modo:

Según la Organización Mundial de la Salud, puede conceptualizarse a la dependencia como: “aquella situación en la que se da prioridad al uso de una determinada sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes” (OMS en Girolamo y Vilapriño, 2001: 23).

En cuanto a la **dependencia**, esta puede ser física y/o psíquica:

Se habla de dependencia física cuando el consumo repetido de una droga genera una adaptación tanto a nivel biológico como fisiológico, por el cual, el funcionamiento

del organismo se ve alterado si no se administra dicha sustancia, o si la dosis que se consume de la misma se ve reducida por debajo de cierto umbral.

Por su parte la dependencia psicológica da cuenta de la compulsión por llevar a cabo el consumo de una droga de forma reiterada, con el fin último de experimentar un estado afectivo positivo o, por el contrario, de liberarse de un estado afectivo negativo.

De este modo, tal y como establecen diversos autores, en la dependencia psicológica se necesita a la droga a fin de lograr cierta satisfacción imaginativa. Lo cual trae aparejado el desarrollo de un hábito.

Respecto de los criterios que posibilitan detectar la dependencia a sustancias psicoactivas, puede establecerse los siguientes:

Los mismos están dados por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos. Esto está expresado por tres (o más) de los siguientes ítems dentro de un periodo continuado de doce meses (en DSM IV, 2003, pp.224).

*Tolerancia:* se establece que una droga produce tolerancia cuando resulta necesario ir aumentando la dosis consumida para experimentar los mismos efectos que se lograban en un principio con dosis más bajas.

*Cantidad y tiempo:* la sustancia es consumida en cantidades mayores o durante periodos más prolongados a lo que se pretendía inicialmente.

*Deseos de interrupción y obtención:* existe un deseo persistente o esfuerzos vanos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. Así mismo se emplea gran cantidad de tiempo en la realización de actividades relacionadas con la obtención de la misma, en el consumo o recuperación de los efectos obtenidos.

*Consecuencias en lo social y en la salud:* marcado deterioro en las relaciones sociales, laborales y en las actividades recreativas. Además se continua consumiendo



drogas a pesar de tener conocimiento de que se padecen problemas físicos o psicológicos, los cuales parecen ser causados o exacerbados por el consumo de las mismas.

*Abstinencia*: se concibe como la ausencia de consumo de drogas, o su interrupción tras un periodo relativamente prolongado de uso, abuso o dependencia.

El *síndrome de abstinencia*, por lo tanto, es el conjunto de síntomas físicos y psíquicos que se manifiestan cuando una persona disminuye o cesa el consumo de una droga.

Según expresa Becoña Iglesias (2002) el paso del uso a la dependencia de las drogas no es un proceso inmediato, sino que supone un proceso complejo, que pasa por distintas etapas:

- 1) *La fase previa o de predisposición* hace referencia a una serie de factores de riesgo y protección que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias, y que podemos clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales.
- 2) *La fase de conocimiento*, que está estrechamente vinculada a la disponibilidad de la sustancia en el entorno del individuo, consiste en el conocimiento de la misma, así como de sus efectos.
- 3) Tras el conocimiento pueden tener lugar dos tipos de conductas, por un lado la *experimentación e inicio al consumo* de sustancias, o bien que el sujeto continúe sin consumir. La elección de una u otra opción está relacionada con una serie de factores de riesgo y protección (constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, e intelectuales y académicos).
- 4) *La fase de consolidación* es el período de transición del uso al abuso y a la dependencia, lo que dependerá fundamentalmente de las consecuencias positivas y negativas que se hayan experimentado coligadas al consumo, y que estarán relacionadas con sus iguales, con su familia y con la propia persona. Es en esta fase donde puede producirse un aumento del consumo y la transición a otro tipo

de sustancias más peligrosas. Cuando la dependencia se mantiene en el tiempo podemos hablar de una adicción consolidada.

- 5) La *fase de abandono o mantenimiento* requiere una conciencia por parte del individuo de que las consecuencias negativas del consumo son más importantes que las positivas. Es en esta fase donde los distintos tratamientos para el abandono del consumo cobran una especial importancia en la consecución y mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.
- 6) Existe una *fase de recaída*, muy habitual, en el proceso de abandono de las sustancias, y que puede producirse incluso años después del último consumo.

## **2.4 Formas de consumo de drogas**

Dado que cada persona es una entidad particular, y las experiencias por las que atraviesa son únicas, el patrón de consumo no se dará de forma idéntica entre una persona y otra, sino que variará y es en función de esto que puede considerarse que existen distintos modos de consumir drogas, lo cual, en relación a lo expuesto, determinará que una persona pueda o no desarrollar dependencia hacia alguna sustancia psicoactiva.

*Experimentación:* alude al consumo fortuito durante un breve periodo de tiempo. Este consumo puede ser la respuesta a diversos motivos, entre los cuales pueden mencionarse, la curiosidad, el sentirse parte de un grupo de pares o el sentirse adulto.

*Ocasional:* el consumo es intermitente y esporádico, el mismo se ve favorecido por las condiciones externas (es decir, la persona no va en busca de la droga) y está motivado por el logro de una mayor integración a grupos sociales. En este tipo de consumo la persona puede discriminar claramente qué tipo de droga quiere y sabe dónde utilizarla.

*Habitual:* cuando el consumo de la droga es habitual, el mismo tiene lugar a diario, con una doble finalidad, por un lado aliviar el malestar psicorgánico (considerando que ya se ha desarrollado una dependencia física y/o psíquica) y mantener un rendimiento determinado. Las alteraciones a nivel del comportamiento son leves.

*Compulsivo:* el consumo se convierte en problemático, el mismo tiene lugar varias veces al día, aquellas personas que consumen compulsivamente presentan graves alteraciones a nivel del comportamiento y un marcado deterioro de sus relaciones en los distintos ámbitos sociales.

## **2.5 Tipos de drogas.**

El fenómeno de las drogas ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia.

En cuanto a las drogas que son mayormente consumidas en la actualidad, sobre todo por poblaciones jóvenes, puede establecerse que existen muchos tipos de sustancias que contienen drogas o lo son en sí mismas. Algunas, son de libre consumo y socialmente aceptadas, como las bebidas alcohólicas —contienen alcohol— el tabaco — contiene nicotina y otras sustancias— el café, el mate y el té —contienen xantinas— y los fármacos recetados o no por médicos.

Finalmente, existen otras sustancias cuya venta o distribución en la Argentina son penadas por la ley. Son las denominadas *drogas ilegales*: la marihuana, la cocaína, el

LSD, el éxtasis, por mencionar algunas. Su consumo es considerado muy peligroso por las consecuencias que acarrea para quien las usa.

Partiendo de esta diferenciación es que se hará una clasificación de los distintos tipos de drogas que, en los tiempos presentes, podemos hallar en nuestra sociedad.

### **2.5.1. Drogas Legales**

**Tabaco:** es la principal causa de muerte evitable en el mundo. Cada año en Argentina, mueren más 40.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco (Ministerio de salud de la nación, 2003).

El tabaco es una droga estimulante del sistema nervioso central. Uno de sus componentes, la nicotina, posee una enorme capacidad adictiva, y es la causa por la que su consumo llega a producir dependencia.

Otros componentes del cigarrillo son: el *alquitrán*, principal responsable de las distintas formas de cáncer que se le atribuyen al tabaquismo y el *monóxido de carbono* que es un gas incoloro muy tóxico que penetra en el torrente sanguíneo y se distribuye por todo el organismo, provocando la disminución de la oxigenación de los tejidos.

Entre los principales efectos del consumo de estas sustancias psicotóxicas pueden destacarse: enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón, esófago, estómago, colon, recto, mama y próstata, entre otros; trastornos en la piel y la fertilidad, entre los más frecuentes.

Los especialistas coinciden en indicar que el inicio en el consumo de tabaco comienza cada vez más prematuramente. Un 60% de los adolescentes entre 13 y 15 años ha probado el cigarrillo, considerando además, que sobre este total, el 30% ha comenzado a hacerlo antes de los 11 años.

***Alcohol:***

El alcohol es una droga depresora del Sistema Nervioso Central que inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, produciendo inicialmente euforia y desinhibición, por lo que puede confundirse con un estimulante.

En la última década, el consumo de alcohol en nuestro país, especialmente entre los adolescentes, ha crecido en forma asombrosa. La edad de inicio es cada vez más temprana, ya que los varones comienzan a beber a los 13 años y las mujeres, a los 14 (SEDRONAR, 2011).

Es fundamental señalar el crecimiento de algunas industrias, como la de la cerveza. En la década del 80, el consumo de esta bebida era de 8 litros por habitante por año; en los 90 pasó a 22 litros, y en la actualidad es de 34 litros; es decir, son más de 1200 millones de litros de cerveza los que se consumen anualmente.

En cuanto a la industria del vino, los vinos fraccionados en envase *tetrabrik* superan el 50% del total elaborado. Este tipo de vino es el más consumido por los jóvenes, tanto por su precio como por los rápidos efectos que produce.

Habría que considerar que un 6% de los alcohólicos adultos ha comenzado a beber a los 10 años de edad y que, según los profesionales dedicados al tema, el alcohol se concibe como la puerta de entrada al consumo de otras drogas.

Además de los efectos directos de la embriaguez y la adicción, se estima que el alcohol causa en el nivel mundial aproximadamente un 20% a 30% de los siguientes problemas: cáncer de esófago, cáncer de hígado, cirrosis hepática, epilepsia, homicidio y accidentes de tránsito. El abuso de alcohol, además, puede causar daño del cerebro — deterioro de la memoria, psicosis, alucinaciones, pérdida del equilibrio, pérdida de

concentración— úlcera péptica, inflamación intestinal, diarreas, hepatitis alcohólica, entre otras enfermedades.

El abuso de esta sustancia, actúa como facilitador de conductas de riesgo, ya que el alcohol desinhibe y, además, provoca una falsa sensación de seguridad. Por ello, está relacionado con accidentes de tránsito y laborales o con prácticas sexuales de riesgo que pueden llevar a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

La adicción al alcohol, además, debilita los lazos familiares y los vínculos con la escuela, el trabajo y el entorno social general. A mayor cantidad de alcohol que consume el individuo, mayor riesgo de daños, accidentes de tránsito, problemas laborales, violencia doméstica, ahogamiento, suicidio y otros problemas sociales y legales.

***Psicofármacos (tranquilizantes y estimulantes):***

Los psicofármacos más populares son los llamados *tranquilizantes menores* — Valium, Lexotanil, Alplax, Trapax, Librium—. Este tipo de sustancia tranquiliza, ataca la ansiedad y produce muy baja sedación. Son depresores del sistema nervioso central, cuya acción consiste en disminuir la actividad del cerebro, pero no deprimen el ánimo.

Algunos factores de índole cultural, como la no aprobación social del consumo de alcohol por parte de las mujeres, han determinado que estos medicamentos sean utilizados especialmente por las mismas, ya que su uso pasa inadvertido —no provocan mayores manifestaciones sintomáticas— y es legal. Sin embargo, actualmente la mujer consume más alcohol y, por otra parte, el uso de psicofármacos está extendido en ambos sexos e, incluso, entre los jóvenes.

El promedio de edad de iniciación con sedantes es de 27 años, mientras que el de estimulantes es de 20 años, más consumidos por los hombres.

Entre los adolescentes, estas sustancias no son generalmente consumidas solas, sino que se las combina con el alcohol para obtener efectos más fuertes y duraderos, dando lugar al policonsumo (un patrón de consumo que tiene lugar cada vez con más frecuencia entre los adolescentes).

### **2.5.2. Drogas Ilegales.**

#### ***Cannabis:***

El cannabis es una droga que se extrae de la planta *Cannabis sativa*, con cuya resina, hojas, tallos y flores se elaboran las drogas ilegales: el hachís y la mayormente consumida, marihuana. Sus efectos sobre el cerebro son debidos principalmente a uno de sus principios activos, el Tetrahidrocannabinol o THC, que se encuentra en diferentes proporciones según el preparado utilizado (El THC, principal principio activo del cannabis, es una sustancia muy soluble en grasa y llega rápidamente al cerebro, en donde se acumula y del que se elimina muy lentamente. El THC tiene una vida media aproximada de una semana, lo que significa que, una semana después de consumirlo, el organismo no ha conseguido eliminar más que el 50%).

El sistema cannabinoide endógeno es un sistema propio de nuestro organismo que lleva a cabo funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor y las emociones, entre otros.

Cuando se consume cannabis, se activa este sistema endógeno de forma externa y artificial y se alteran muchas de las funciones que desarrolla.

Inmediatamente tras el consumo se produce lo que se llama “borrachera cannábica”, los síntomas que caracterizan a la misma son: sequedad de boca,

enrojecimiento ocular, taquicardia, descoordinación de movimientos, risa incontrolada, somnolencia, alteración de la memoria, de la atención y de la concentración.

En lo que respecta a los efectos a largo plazo, pueden mencionarse: Problemas de memoria y aprendizaje, peores resultados académicos, abandono prematuro de los estudios (en el caso de adolescentes), dependencia (7-10 % de los que lo prueban), trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y de la personalidad, enfermedades bronco-pulmonares y determinados tipos de cáncer, trastornos del ritmo cardiaco (arritmias), psicosis y esquizofrenia (especialmente en individuos predispuestos).

### ***Cocaína:***

La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas.

Se trata de una droga que se obtiene a partir del procesamiento químico de las hojas del arbusto de coca *Erythroxylum coca*, que crece principalmente en los países de América del Sur.

El modo más frecuente de consumo es en forma de polvo inhalado por las fosas nasales, pero también puede ser inyectado en el torrente sanguíneo, o fumada en forma de “Pasta Base” (el denominado Paco). La pasta base es un producto, que se obtiene mezclando hojas de coca maceradas con sustancias tóxicas y altamente dañinas para el organismo como parafinas, bencina, éter y ácido sulfúrico.

Los efectos que se producen inmediatamente posterior a su ingesta son: estado de excitación motora y aumento del nivel de actividad de la persona, cambios emocionales variados que pueden llegar a provocar crisis de ansiedad u otras alteraciones,



aumento inicial de la capacidad de atención y de la concentración, que permiten un aparente mayor rendimiento intelectual, aunque este efecto es pasajero, aumento de las frecuencias cardíaca y respiratoria así como de la tensión arterial, lo que favorece la aparición de enfermedades cardíacas y respiratorias.

Por su parte, a largo y mediano plazo, los efectos y consecuencias que trae aparejado el consumo de esta sustancia, según los expertos abocados al estudio y trabajo de dicha problemática, son: se ve afectado el funcionamiento cerebral y puede provocar trastornos psíquicos como ideas paranoides o depresión, y desencadenar en cuadros de psicosis y esquizofrenia. También provoca daños muy importantes en los sistemas circulatorio y respiratorio y complicaciones neurológicas y gastrointestinales (Plan Nacional sobre drogas, 2007).

A estos daños hay que añadir los propios de la vía de administración. Si la vía es nasal puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, ronquera o incluso la perforación del tabique nasal; en el caso de inyectarse puede provocar reacciones alérgicas a la propia droga o a algunos de los componentes con los que se adultera, así como enfermedades infecciosas asociadas a la vía endovenosa (VIH, hepatitis, etc.).

### ***Opiáceos o Heroína.***

La heroína es una droga sintetizada a partir de la morfina, derivada a su vez del opio que se obtiene de la planta *Papaver somniferum*. Se incluye en el grupo de los opiáceos.

Se presenta originariamente como un polvo blanco, inodoro y fino que, dependiendo del proceso de producción, puede presentarse con otro color y textura.

La heroína puede fumarse, inyectarse o inhalarse. Las dos primeras vías de administración son las de acceso más rápido al cerebro y, por tanto, las que producen efectos de forma más rápida.

La heroína activa un sistema de nuestro propio organismo denominado “sistema opioide”, que regula procesos físicos y psíquicos tan importantes como la sensación de placer, de satisfacción, el control del dolor y de las funciones respiratorias y cardiovasculares.

Inicialmente, se percibe acaloramiento de la piel, sequedad de boca y sensación de pesadez en las extremidades, en ocasiones seguidas de náuseas, vómitos y picor considerable. Posteriormente, se siente somnolencia durante varias horas, las funciones mentales se ofuscan, las funciones cardíaca y respiratoria se alteran, a veces hasta el punto de causar la muerte, según la dosis consumida.

La supresión del consumo de heroína ocasiona la aparición del síndrome de abstinencia. Se trata de un conjunto de signos y síntomas entre los que destacan: ansiedad, agresividad, midriasis (dilatación pupilar), lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, “piel de gallina”, diarrea, náusea, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares.

Llega un momento en que toda la vida del adicto gira alrededor de la búsqueda, obtención y consumo de la heroína. Los heroinómanos dejan de mostrar interés por su entorno, por su familia y por sus amigos. Se aíslan y se limitan a un contacto superficial con el medio ambiente en el que viven.

### ***Drogas de Síntesis.***

Es el nombre por el que se conoce a un amplio grupo de sustancias producidas por síntesis química.

En general contienen distintos derivados anfetamínicos o de otras sustancias que poseen efectos estimulantes y/o alucinógenos de intensidad variable, y que se encuentran en el mercado en diversas formas (pastillas, cápsulas, polvo, líquidos...) que pretenden

resultar atractivas para los más jóvenes. Entre la más consumida por los jóvenes podemos mencionar al:

*Éxtasis:*

Se trata de una droga sintética, químicamente similar a la metanfetamina (estimulante) y a la mescalina (alucinógeno), aunque los efectos que produce no son claramente la suma de ambas.

El éxtasis tiene un efecto vigorizante y de aumento de la percepción a través de los sentidos, en especial del tacto, produciendo una sensación de bienestar, de cercanía, y de conexión con las demás personas.

Se ingiere por vía oral, generalmente en forma de pastilla o cápsula.

En lo que respecta a los efectos que tiene sobre el organismo la ingesta de dicha sustancia, puede decirse: en el cerebro aumenta la actividad de ciertos neurotransmisores, como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral y, por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardíaco).

Esto explica que se produzcan efectos como estimulación mental, emocional y motora, sensación de bienestar y de aumento de fuerza y “aguante” durante horas (que facilita la realización de ejercicio físico y el baile), así como un característico aumento de la percepción sensorial. (Plan nacional sobre drogas, 2007)

El éxtasis puede producir, de forma instantánea, numerosos efectos adversos para la salud, desde náuseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa o contractura involuntaria de los músculos de la mandíbula, hasta la muerte ocasionada por sobredosis.

En las horas o días siguientes a la ingestión de dicha droga se produce una reducción de ciertas habilidades mentales, en especial de la memoria y de la capacidad

del individuo para procesar la información, lo que aumenta el riesgo de accidentes asociados a la conducción.

Los usuarios crónicos de éxtasis sufren daño en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida de apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

En síntesis, las sustancias psicoactivas, sean estas legales o ilegales, traen aparejadas diversas consecuencias tanto físicas como psíquicas, modificando el comportamiento, alterando la conducta del consumidor, su rendimiento intelectual, laboral y social.

## **2.6. Adicciones en la Argentina.**

En relación a lo anteriormente mencionado, puede establecerse, que en nuestro país, parece consolidarse una fuerte tendencia hacia un mayor porcentaje de adolescentes que ingresan cada año en el mundo de las drogas.

Según expresa Becoña Iglesias (2002), si tuviésemos que hablar de diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales, pueden vislumbrarse tres diferencias fundamentales. Estas son:

1. La disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal), a lo largo de todo el planeta, de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos. Hoy es indudable que la disponibilidad de sustancias y conductas con poder adictivo es enorme. Este autor destaca el hecho de la miniaturización de las drogas, lo que contribuye a que su

transporte, venta y comercialización sea más fácil e ilimitado en cantidad (Westermeyer, 1998 en Becoña Iglesias, 2002).

2. La pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado.

3. El cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que el individuo piensa le son imprescindibles facilitando, con ello, caer en las adicciones.

Todos estos aspectos constituirían elementos facilitadores del acceso a la droga en nuestra sociedad actual, sobre todo en poblaciones específicas, como lo serían los adolescentes.

En nuestro país prevalecen ciertas tendencias que dan cuenta de este fenómeno; desde la Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR), a través del Observatorio argentino de drogas (OAD) en el año 2011 se llevó a cabo la quinta encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media, a fin de conocer la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones adolescentes, así como también acceder al conocimiento de aquellos factores protectores y de riesgos vinculados a estas conductas adictivas.

Algunas de las conclusiones a las que se arribaron fueron:

En la actualidad la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas ronda los 13 años, siendo este consumo mayor a medida que aumenta la edad.

De entre las sustancias psicoactivas legales, el alcohol y el tabaco son las más consumidas, siendo la cerveza la bebida alcohólica ingerida con más frecuencia.

El consumo abusivo de alcohol se presenta, por lo tanto, como el principal problema de consumo.

En cuanto al consumo de tabaco, no se observan diferencias significativas en el consumo entre hombres y mujeres. Siendo el 25% de la población total la que fuma a diario.

En lo que respecta al consumo de drogas ilícitas, las sustancia psicoactivas que más consumen los adolescentes son la marihuana, seguida por la cocaína, siendo los varones quienes presentan una mayor tendencia al consumo en contraposición a la población de mujeres.

Los estudiantes de 15 y 16 años se configuran como una población de alto riesgo, por el fuerte incremento en el consumo a partir de esta edad. También en este grupo se incrementa el porcentaje de quienes sienten curiosidad y propensión por consumir drogas ilícitas.

De acuerdo a un informe expuesto por Pagina 12 (mayo, 2012), se estima que a mayor oferta, mayor será la probabilidad de consumo de las sustancias psicotóxicas. Según los últimos informes estadísticos, cerca de un 25,3 por ciento de los adolescentes en edad escolar ha recibido oferta de marihuana ya sea para comprar o probar.

En relación a otras drogas al 10,3% le ofrecieron cocaína, al 5,5% le ofertaron pasta base-paco y al 5,2% éxtasis.

En el imaginario de los adolescentes las razones del consumo de drogas ilícitas están ligadas principalmente a tener problemas personales y en segundo lugar a la búsqueda de placer y diversión.

## **2.7. Políticas destinadas al abordaje de las adicciones**

La declaración política y el plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas de la comisión de estupefacientes de la organización de Naciones Unidas (2009) y la declaración política aprobada por la asamblea general de Naciones Unidas

(1988), establecen que el problema de las drogas debe ser enfocado de modo multidimensional incluyendo entre otros temas el cultivo ilícito, la producción, la manufactura, la venta, la demanda, el tráfico y la distribución de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y estimulantes de tipo anfetamínico, como así también el desvío de precursores químicos y todas aquellas actividades delictivas relacionadas.

En nuestro país los esfuerzos y políticas están dirigidos principalmente a la prevención primaria.

La prevención es el conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma considerable la probabilidad de que surjan problemas relacionados con los consumos de drogas. (D. Comas y J. Arza, 2000).

Si analizamos esta sencilla definición, es posible observar que ella implica:

- Establecer una definición para el fenómeno que pretendemos prevenir, es decir “los problemas relacionados con el consumo de drogas”
- Definir los factores de riesgo que se supone intervienen en la creación de la problemática que pretendemos prevenir, es decir, los elementos que intervienen en la “probabilidad de que en su seno aparezcan...”
- Determinar los factores de protección que es necesario desarrollar para prevenir el fenómeno, es decir el “conjunto de esfuerzos que una comunidad pone en marcha para reducir de forma razonable el consumo.”

Desde un enfoque multidimensional podemos observar que se ponen en juego 3 componentes: la sustancia, la persona y el contexto. Entonces los efectos de una sustancia no tendrán que ver únicamente con sus características farmacológicas, sino también con

las características del sujeto que la consume, el contexto en el que se produce esta relación entre el sujeto y la sustancia y el momento histórico en el que acontece la interacción.

Desde esta perspectiva, podemos afirmar que los factores psicológicos, familiares, sociales y culturales son los que deben tenerse en consideración para la elaboración de los programas preventivos. Hoy es esencial, ya que la idea que subyace a los mismos es que si con un programa preventivo se incrementan los factores de protección y se reducen o anulan los de riesgo, se conseguirá que las personas no consuman drogas y en definitiva se estarán reforzando hábitos de vida saludable que no sólo previenen el consumo de sustancia.

La prevención es relevante en la etapa de la adolescencia, que es cuando comienza el consumo de drogas y es cuando, de no darse, se retrasa la edad de inicio o puede conseguirse que la persona no llegue nunca a consumir ciertas drogas.

Desde el ministerio de salud de la nación se ha creado un organismo, La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (DNSMyA), cuya misión consiste en movilizar y coordinar redes locales, regionales y nacionales con el fin de promover el desarrollo adecuado de aquellos recursos destinados a la atención primaria de la salud mental y las adicciones, buscando garantizar su acceso a toda la población.

Se busca propiciar la acción coordinada entre el Estado nacional, provincial y municipal, las organizaciones sociales y las comunidades, recuperando los saberes de la población en su totalidad para fortalecer de manera colectiva estrategias de desarrollo local que profundicen la organización comunitaria y la capacidad local para gestionar.

En conclusión, el consumo de sustancias psicoactivas constituye una problemática que afecta a la sociedad en general y en particular a los adolescentes, quienes inician el consumo cada vez a edades más tempranas.



Ello, posibilitara definir y abordar, a las adicciones como una problemática psicosocial, lo cual nos permitirá, en última instancia, considerar a las adicciones como una compleja realidad de nuestra sociedad posmoderna, permitiéndonos atender a los diversos factores que inciden tanto en su origen y mantenimiento, como a aquellos que inciden en la recuperación y rehabilitación.

### CAPITULO III:FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO

#### **3. Introducción**

El consumo de drogas, como conducta, es el resultado de la interacción de múltiples factores. No es posible responder de forma concisa y breve a la pregunta de por qué algunos jóvenes consumen droga y otros no, ni mucho menos pretender que esa respuesta sea válida para todos los casos. Pero ¿cómo se origina y se desarrolla este comportamiento?, ¿qué variables lo influyen?, ¿por qué unos jóvenes consumen y

otros no? En definitiva, ¿cuáles son los factores de riesgo y protección frente a esta conducta?

A partir del planteo anterior, es que el propósito del presente capítulo será indagar acerca de cuáles son aquellos factores que influyen, o no, en el desarrollo de una adicción, específicamente de la adicción a una droga psicoactiva, en un periodo determinado de la vida: la adolescencia.

Se partirá, por ello, de la consideración de que el consumo de alguna droga, sea este por uso, abuso o dependencia, es un fenómeno dinámico y multideterminado, es decir, que existen múltiples causas que convergen contribuyendo tanto a su origen como a su mantenimiento. Desde esta perspectiva, entonces, podría establecerse que la psicopatología requiere de una confluencia de factores de origen biológico, psicológico y social.

Existen diferentes tipos de factores de riesgo y protección los cuales han sido agrupados, tradicionalmente, en factores individuales, interpersonales y contextuales. El análisis de los factores mencionados anteriormente constituirá el eje central de dicho apartado.

### **3.1. Factores de Riesgo**

Para comprender que constituye un factor de riesgo partiremos de la consideración de que el mismo sería una característica o variable que, si se hallan presentes, acrecientan la probabilidad de que una persona desarrolle alguna patología.

En relación a la problemática adictiva, podría considerarse que estos factores, bajo determinadas condiciones ambientales desfavorecidas, pueden facilitar para un determinado grupo de personas (en el caso particular de este estudio los adolescentes) el inicio, continuidad o el agravamiento de la adicción a drogas psicoactivas.

De acuerdo a lo propuesto por Becoña Iglesias (2002) entendemos por factor de riesgo un *atributo* y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que acrecienta la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento).

Un factor de riesgo sería, por lo tanto, una característica que permite predecir el desarrollo de la conducta problema; una variable que, en alguna medida, sitúa al sujeto en una posición de vulnerabilidad.

Que una persona presente factores de riesgo no implica necesariamente que vaya a desarrollar una conducta problemática; significa únicamente que si lo comparamos con un individuo, cuya vida no se halle atravesada por esos factores, tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en esas conductas. Los factores de riesgo son elementos predictores, pero no implican una causación directa y lineal.

Para Clayton (1992, en Becoña Iglesias) existen ciertos principios que son de fundamental consideración al hablar de factores de riesgo:

- 1- No siempre están presentes determinados factores de riesgo. Sin embargo, cuando la presencia de estos es concreta, la probabilidad de que la persona expuesta a los mismos inicie el uso o abuso de alguna droga aumenta en relación a aquellos casos en los que estos factores no tienen lugar.
- 2- El hecho de que un solo factor de riesgo este presente no garantiza, por sí mismo, que la persona inicie el consumo. Con esto se indica que el hecho de que alguien lleve a cabo este tipo de conductas está asociado a la presencia de múltiples y diversos factores.
- 3- El número de factores de riesgo presente está directamente asociado con la probabilidad de abuso de alguna sustancia.

- 4- Las intervenciones directas están indicadas en aquellos casos en los que fuese posible eliminar algún factor de riesgo, lo cual consecuentemente posibilitaría una disminución de la probabilidad de consumo.

### **3.2. Factores Protectores**

Por factor de protección se entiende “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (Danke, 1992 en Becoña Iglesias 2002).

Desde esta perspectiva puede considerarse, entonces, que los factores protectores se refieren a aquellas circunstancias del ambiente o variables individuales del sujeto que, de una a otra forma, impiden o los hacen más resistentes a presentar problemas de consumo, es decir que contribuyen a prevenir, reducir o moderar el consumo de drogas.

Los factores de riesgo y los factores de protección no son posiciones opuestas de un mismo continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí.

Esta característica se constituye en un elemento importante para el entendimiento de los factores de protección; en este sentido la protección no tendría lugar por el solo hecho de evitar la presencia de factores de riesgo, si no que el desarrollo de ésta en las personas, estará determinada por el desarrollo de factores con capacidad para hacer mínimo el efecto de los factores de riesgo.

El estudio de estos factores, sin duda, representaría un trampolín a la acción preventiva ya que permitiría actuar en torno a ellos, potenciando y reforzando todos aquellos atributos individuales, factores y condiciones sociales que favorecen el alejamiento de la conducta desviada.

A modo de organizar la información, se proponen cinco dimensiones analíticas: personal, escolar, familiar, de entorno o comunitario y uso de drogas legales, ámbitos que contienen las variables que dan cuenta de los factores de riesgo y protección.

### **3.3 Dimensiones Analíticas de los Factores protectores y de riesgo**

#### **3.3.1 Dimensión Personal**

Diferentes son los factores de riesgo de tipo individual que favorecen el consumo de drogas.

Estos factores hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, la personalidad, los recursos sociales de los que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, etc. conforman un sujeto único. De este modo, los factores de riesgo estarían ligados a condiciones psicológicas y conductuales, tales como trastornos de conducta y problemas de salud mental, depresión, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, conductas antisociales, alienación y rebeldía, agresividad, actitudes favorables al consumo de droga y búsqueda de sensaciones.

Por otro lado, los factores de protección se vinculan a la autoestima, a habilidades sociales para la integración, habilidades para adaptarse a circunstancias cambiantes y aspiraciones de futuro y resiliencia.

El adolescente, protegido hasta ese momento en y por el grupo familiar, empieza a anhelar mayores cuotas de libertad, comienza a cuestionarse los valores adquiridos en este seno y pretende encontrar un sentido de vida propio basado en el conocimiento de sí mismo, de sus gustos, actitudes, limitaciones y preferencias. La mayor o menor adquisición de determinadas características personales, recursos, etc. hará que éstos actúen como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de

consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo al sujeto alejado de esta conducta).

Los principales factores de riesgo/protección a nivel individual son los siguientes:

### **3.3.1.1 Actitudes, creencias y valores**

Estos elementos se han mostrado como predictores fiables de la conducta de consumo (Fishbein y Ajzen, 1980). En este sentido, lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo.

De acuerdo con Luengo y otros (1999), las personas con conductas problemáticas aprecian más aquellos valores con un significado personal inmediato como el placer, el sexo, el tiempo libre, etc. Y valoran en menor medida valores con trascendencia social a más largo plazo (justicia, solidaridad, etc.).

En esta misma dirección, Elzo y otros (2000) encuentran que los jóvenes consumidores de drogas, en especial los que van más allá de consumos experimentales, se identifican con valores asociados a la búsqueda de sensaciones (ganar dinero, vivir el presente, experimentar nuevas sensaciones, etc.) y muestran un menor aprecio, comparados con los jóvenes no consumidores, por valores tradicionales como la familia y el desarrollo profesional.

Sin embargo, las actitudes por sí solas no tienen por qué ser un predictor directo de la conducta de consumo de drogas.

Según Pons y Berjano (1999), el sujeto aceptaría consumir porque además de mantener una actitud permisiva, ha experimentado personalmente el consumo de esa sustancia en determinados ambientes y de esta forma ha podido consolidar o desmentir las creencias provenientes del medio sociocultural sobre ella. La probabilidad de consumo aumentará en tanto más permisivo sea el medio social del adolescente, incluyendo en ese medio al grupo social en cuyo marco se realiza el consumo.

### **3.3.1.2 Habilidades o recursos sociales.**

Las habilidades sociales son capacidades de interacción social, recursos que contribuyen con el establecimiento de relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, siendo capaz de expresar las propias opiniones y sentimientos.

La adolescencia es un período de apertura al mundo social, por lo que es frecuente hallar dificultades en el área de las habilidades de relación, para interactuar en este contexto de un modo eficaz. En este sentido, una persona con dificultades para expresar abiertamente sus opiniones o para desenvolverse adecuadamente en su entorno, será más vulnerable a la influencia de su grupo. Así, si el consumo de drogas es algo frecuente en dicho ámbito, la persona con pocas o escasas habilidades sociales, con poca asertividad, tendrá más dificultades para resistir la presión de sus compañeros, mientras que sucederá lo contrario en el caso del individuo que posea un buen repertorio de conductas sociales.

También cabe suponer que para el adolescente que no cuente con un repertorio adecuado de habilidades sociales, el consumo de drogas puede presentarse como una vía alternativa para satisfacer sus necesidades tanto emocionales como de afiliación y pertenencia social.

El plus de energía, entusiasmo, bienestar, etc. que ofrecen las drogas aumenta en el sujeto la sensación de poder y confianza para enfrentarse adecuadamente a los otros.

En este sentido, el consumo pasa a convertirse en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y en una forma de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana.

Desde esta perspectiva, las drogas sustituirían a las competencias sociales, reforzando la conducta de consumo, puesto que permiten enfrentarse a la situación, tendiendo a mantenerse el consumo en la medida en que estas situaciones sociales se repiten.

### **3.3.1.3 Autoconcepto y autoestima.**

Ambos conceptos están íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él. Por otro lado, el grado de autoestima viene determinado por la relación entre la imagen que cada uno tiene de sí y la que le gustaría para sí en términos de imagen ideal. El sentimiento de autoestima será mayor en la medida en que el ajuste entre ambas sea mayor.

Autoconcepto y autoestima son conceptos dinámicos, es decir, están en continuo cambio a lo largo de la vida, pero la adolescencia constituye una etapa determinante para la formación de los mismos. Ambos se relacionan, en última instancia, con el bienestar y el ajuste psicológico del sujeto.

Algunos autores han señalado que una baja autoestima, así como una pobre autovaloración está en la base de las conductas desviadas. De este modo, las personas con un autoconcepto positivo muestran menos vulnerabilidad ante situaciones de riesgo o individuos influyentes que las que carecen de este rasgo psicológico. Por otra parte, un bajo nivel de autoestima hace al sujeto sentirse incompetente para resolver situaciones o problemas y lo cual provoca frustración. Nuevamente, la droga puede constituir un sustituto que alivie una percepción personal negativa y puede utilizarse para evitar enfrentarse a ella (Kaplan, 1996).



#### **3.3.1.4 Autocontrol.**

Es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos.

En este sentido, un óptimo nivel de autocontrol permitirá al sujeto rechazar comportamientos que a pesar de permitirle obtener consecuencias positivas e inmediatas repercuten negativamente a largo plazo; también le permitirá planificar objetivos, ejecutarlos con estrategias adecuadas y obtener con ello recompensas personales.

Con respecto al autocontrol emocional, el esfuerzo de adaptación que debe realizar el adolescente para integrarse en el mundo de los adultos es, a menudo, una fuente de malestar psicológico caracterizado por la aparición de ansiedad, estrés, etc. y, desde ahí, relacionado con la aparición de problemas de conducta.

#### **3.3.1.5 La experimentación.**

La experiencia directa con las sustancias, como se ha mencionado previamente, constituye una variable de gran influencia en el consumo de drogas. Esta variable crea en el sujeto expectativas y una experiencia que le proporciona información empírica que le

servirá para determinar acciones futuras. Según Bandura (1984) si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor.

Teniendo en cuenta esto, la decisión última de consumir o no consumir se realizará en función de las expectativas de autoeficacia, así como del resultado que la persona tiene de una determinada situación.

El concepto de autoeficacia es la percepción por parte del individuo de su capacidad de actuar. Actúa como predictor de la conducta, dado que afecta directamente a los niveles de motivación y logro.

En lo que a factores protectores respecta, diversos estudios nos permiten considerar, que en tanto aquellos aspectos personales como la religiosidad, la creencia en el orden moral, el grado de satisfacción personal respecto a la vida, etc., actúan como factores de protección.

Otra variable que actúa a favor del sujeto es la percepción de éste acerca del riesgo que encierra el consumo. La decisión de consumir o no, está determinada por el balance que efectúa el sujeto acerca de los beneficios y riesgos que supone hacerlo. Si bien es evidente que tal decisión debería apoyarse sobre la información disponible acerca de las sustancias y las consecuencias de su consumo, no menos cierto es el hecho de que, en general, la decisión de consumir procede de la percepción personal y subjetiva del sujeto en relación a las ventajas y desventajas del consumo.

### **3.3.2 Dimensión Relacional.**

La familia, la escuela y el grupo de pares contribuyen a la socialización del adolescente. Son instancias que influyen en su desarrollo y lo condicionan en la medida

en que son los ámbitos en el que se desarrolla su vida, constituyendo su entorno más próximo.

### **3.3.2.1 La escuela**

Se constituye como un agente educativo y de socialización prioritario.

Si la necesidad apuntada por los jóvenes para iniciarse en el consumo de drogas es la de experimentar sensaciones nuevas, adaptarse al mundo social, combatir el aburrimiento, manejar el tiempo de ocio, etc., la escuela, en ese sentido, ofrece un marco ventajoso donde cabe posibilitar alternativas para que el adolescente pueda satisfacer su curiosidad y su necesidad de nuevas experiencias enseñándole a planificar su ocio y facilitándole el contacto con sus iguales, todo ello desde un punto de vista constructivo.

Sin embargo, no todos los jóvenes establecen una buena relación con el medio escolar. El desenvolvimiento en este contexto hará que se desarrollen actitudes positivas o negativas hacia él, determinadas por los logros académicos, por el aprecio de sus compañeros, así como por los refuerzos y el reconocimiento de padres y profesores por su implicación escolar.

Algunos estudios han señalado que un bajo rendimiento escolar, un mayor absentismo, una menor implicación y satisfacción en relación al medio, actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica, suelen encontrarse asociados al consumo de drogas y otras conductas de riesgo como la delincuencia.

### **3.3.2.2 El grupo de pares o grupo de amigos**

Es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes, ya que el grupo de compañeros va sustituyendo

progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los pares.

Por ser la adolescencia una época en la que el sujeto intenta encontrar una identidad, el grupo proporciona al sujeto un modelo, así como puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo, moldeando actitudes, adoptando hábitos, definiéndose por gustos, etc. Por otra parte, la aceptación por parte del grupo pasa a ser una necesidad prioritaria que condiciona las relaciones del joven con los demás, así como su comportamiento.

El grupo de pares, proporciona sensación de pertenencia así como comprensión, reconocimiento, etc., por lo que se constituye como un foco de grandes influencias. Los compañeros proporcionan información, directa o indirecta, sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en otros medios, como el familiar o el escolar. El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece a dicho grupo debe adoptarlas para ser valorado y aceptado. En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta, en tanto conducta valorada. (Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E, 2004).

El grupo de amigos como factor de riesgo, se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas. Para los adolescentes el tiempo libre y el tiempo de ocio es un espacio donde pueden practicar libremente actividades diferentes a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades obligatorias, estructuradas por horarios y normas.

La noche de los fines de semana suele ser el espacio temporal preferente entre los iguales, y el alcohol, entre otras sustancias, forma parte del ocio de los jóvenes y del ambiente nocturno.

### **3.3.2.3 La familia**

El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona, desde el nacimiento hasta que en la adolescencia el sujeto va tomando como referencia al grupo de iguales en mayor medida, la familia ejerce la tarea de socializar a sus miembros y dotarles de una estructura personal que condicionará su desarrollo. En este sentido, la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia.

Posteriormente se desarrollará este punto en profundidad, dado que diversos autores han considerado a la familia como un factor protector y de riesgo de gran importancia en torno a la problemática de las adicciones en adolescentes, a fin de comprender aquellas características de las familias con un integrante consumidor.

En el área microsocia, la mayoría de la bibliografía revisada, alude a las investigaciones realizadas en el contexto familiar. En este ámbito, la calidad de las relaciones parentofiliales y la cohesión familiar garantizan la salud psicológica de los individuos al mediatizar los efectos nocivos de los estresores crónicos.

Por otro lado, aspectos como el nivel cultural, el rendimiento académico, la implicación con el medio escolar y los refuerzos obtenidos por parte de padres y profesores, entre otros, determinan en mayor medida las características diferenciales de los adolescentes no consumidores frente a los consumidores.

### **3.3.3 Dimensión Social**

Dentro de las variables sociales, la disponibilidad de la sustancia y la influencia ejercida por los medios de comunicación son los que se sitúan en un lugar preponderante a la hora de determinar la conducta de consumo.

Ingerir una sustancia, como todo comportamiento, se produce y toma sentido en un determinado contexto social. En el nuestro, es manifiesta la presencia de tabaco y alcohol en lugares cercanos y accesibles y la incorporación de éstos en nuestro estilo de vida (celebraciones, reuniones sociales, etc.). La integración cultural de sustancias como el alcohol y la permisividad, tanto como la aceptación social ejercida a través de actitudes y normas, también explican un mayor uso de las mismas.

A mayor percepción del riesgo sobre una sustancia determinada menor consumo y viceversa; si el joven trivializa la problemática derivada del consumo de una droga, el nivel de consumo de la misma tiende a aumentar. En este sentido la presentación desde los medios de comunicación de personas atractivas, relevantes y próximas al joven, con las cuales se identifica, presentando modelos de conducta de consumo, hace difícil al sujeto ser consciente y capaz de percibir los riesgos de una conducta, que por ser practicada por un amplio número de personas cuenta con una aceptación social, mantenida muchas veces sobre informaciones erróneas y falsamente publicitadas.

Diversos autores han considerado que el fácil acceso a la droga se constituye en un factor de alto riesgo, tanto para el inicio como para el mantenimiento de una adicción y que cuanto mayor es la permisividad, entendida como los valores y actitudes sociales favorables al consumo, el mismo tiende a incrementarse.

Entonces, la percepción que el sujeto tenga del riesgo que trae aparejado el consumo de una sustancia es importante hasta tal punto que diversos estudios han identificado una caída del nivel de consumo de aquellas sustancias que son percibidas

como de mayor riesgo. En este sentido, la trasmisión de una información real y clara sobre las drogas, su consumo y las consecuencias del mismo, lejos de ser ineficaz, permite intervenir sobre los niveles de consumo.

Y por último, a nivel social, los factores de protección destacados, están referidos a los refuerzos que obtiene el sujeto por su implicación en la comunidad y las oportunidades que percibe para esta implicación.

### **3.4 La familia como factor protector y de riesgo**

La influencia de la familia en la evolución de los trastornos adictivos ha sido objeto de diferentes estudios. Los mismos, coinciden en señalar que la familia puede ejercer influencias positivas, así como negativas, a lo largo del proceso adictivo.

El proceso de socialización es fundamental para la vida de cualquier individuo, para que pueda devenir en miembro en el grupo cultural en el que ha nacido. Muchos de los modelos y teorías psicológicas para explicar el consumo de drogas parten del proceso de socialización como elemento central. (Becoña Iglesia, 2007).

Es a partir de lo anteriormente mencionado, que en el presente apartado, se intentará profundizar en el conocimiento de familias con algún miembro adicto a alguna sustancia psicoactiva (las denominadas familias psicotóxicas), a fin de conocer que características de las mismas podrían actuar como factores de riesgo, propiciando el consumo del miembro adolescente en cuestión, y por el contrario identificar aquellas características o atributos de la familia que constituyan factores de protección, y que, por su parte, contribuyan al mantenimiento y desarrollo de los procesos saludables en el marco familiar.

Siguiendo la línea de pensamiento del autor previamente mencionado, puede considerarse, que uno de los aspectos más relevantes para el individuo es el relacionado con su tipo de crianza. Hoy sabemos que distintos tipos de crianza de los padres influyen

en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos.

Partiendo de esta consideración y aludiendo a Galdame (citado en Valgañón, 2012) podemos considerar que la familia, o bien puede ayudar a los hijos adolescentes a afrontar de modo adaptativo los numerosos cambios y demandas característicos de esta etapa, o bien puede entorpecer o perjudicar el buen desarrollo psicosocial de éstos, en caso de que primen practicas parentales poco adecuadas o disfuncionales.

En cuanto al tema en cuestión, podemos hacer una breve revisión de las investigaciones más recientes.

Unos de los precursores en lo que respecta a la influencia de la familia fueron Muñoz y Graña (2001), quienes establecieron que los principales factores de riesgo familiares, para explicar el consumo de drogas legales, eran la ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre. En sentido opuesto, los factores de protección más importantes eran acostarse a una hora fija por la noche y tener una buena relación de vínculo con los padres.

Un estudio llevado a cabo en la universidad nacional de Córdoba demostró que los padres de hijos consumidores presentaban mayores niveles de ansiedad, en contraposición a los padres de hijos no consumidores. Estos últimos, al ejercer un mayor control sobre sus hijos se presentan como menos otorgadores de autonomía, e inciden de manera negativa, en la regulación emocional de sus hijos y en el desarrollo de competencias sociales, siendo éstos requisitos fundamentales para la construcción de estrategias de afrontamiento adecuadas, que serán necesarias utilizar al momento de responder frente a diversos requerimientos que se le planteen, (López y otros, 2009).

Fantin y García (2011) consideran que diversos factores familiares como la presencia de relaciones conflictivas en la pareja de los padres; una baja calidad de



relación entre el adolescente y sus progenitores, una percepción deteriorada del adolescente de ambas figuras paternas; la carencia de premios y de reconocimiento de los logros obtenidos como característica de la educación de los hijos; la resistencia por parte del adolescente a aceptar los valores transmitidos por los padres y la inconsistencia en la aplicación de los límites resultaron ser variables familiares significativamente asociadas al consumo de alcohol y drogas.

En la drogodependencia, la importancia de las variables familiares en el origen y mantenimiento del consumo de sustancias es real; dentro de ellas, se destacan el clima familiar negativo y las variables de comunicación disfuncional de los miembros de la familia. Se establece que estas variables pueden ser evaluadas mediante el constructo de emoción expresada, siendo que los componentes que mostraron mayor relevancia fueron: el criticismo y la hostilidad, tanto en el inicio del consumo, como en la recaída en la drogodependencia.

En relación a lo señalado previamente, Monckton y Pedrao (2011) establecieron que la familia es considerada como el principal núcleo de socialización de sus integrantes, motivo por el cual, se considera a la familia, como un factor moldeador de la personalidad de los adolescentes.

Estos autores establecen que la familia se reconoce como una de las variables relevantes en el origen y mantenimiento del consumo de drogas, aunque por otro lado, también se define, como un elemento clave en la prevención del consumo de drogas.

Las variables del ámbito familiar que más frecuentemente se relacionan con el consumo de drogas por parte de un miembro de la familia, son un clima familiar negativo (estrés, negatividad, rechazo), un conflicto familiar excesivo (hostilidad), sobreprotección y falta de comunicación adecuada. Por otra parte, se señala también que es menos probable que los hijos de familias altamente cohesionadas que recibieran ofertas de tabaco y alcohol, probaran o consumieran estas sustancias, se embriagarán o tuvieran intención de fumar o beber en un futuro. Siendo las dimensiones relacionadas con la existencia de conflictos entre el adolescente y sus padres, y el consumo familiar de drogas

las que predicen un mayor riesgo de que el joven se implique en el uso de cualquier tipo de sustancia.

De acuerdo a los resultados de la última encuesta nacional sobre consumo de sustancias en escolares de edad media del SEDRONAR, y en relación a la dimensión microsocia, en este caso particular la familia, se concluyó que el nivel de atención por parte de los padres sigue siendo un factor de riesgo y protección fuertemente asociado al consumo de drogas. Los estudiantes cuyos padres tienen actitudes de mayor atención y cuidado respecto de la vida de sus hijos, tienen una tasa de consumo de drogas ilegales del 4,4% frente al 52,7% de los hijos de padres que tienen actitudes de menor atención y cuidado. Y a medida que la protección aumenta, el consumo disminuye.

A partir de lo analizado en este apartado, se puede concluir que la adicción a drogas psicoactivas se ha convertido en un asunto que afecta cada vez a un mayor número de adolescentes en nuestra sociedad, se concluye además, que es una problemática compleja y multideterminada, ya que en su origen y mantenimiento convergen factores de diversa índole, lo cual nos permite visualizar un panorama en el que no podemos considerar al adolescente aislado, sino como parte de una sociedad, una cultura, atravesado por una historia y por determinados valores y pautas sociales.

En relación a los factores que confluyen en las adicciones, se resaltó el papel que juega la familia en tanto agente socializador, en el origen y mantenimiento de las adicciones, como así también se destacó su influencia en tanto factor de protección, de lo cual se pudo establecer que sería de fundamental importancia no solo su consideración, sino la potencialización de estos recursos, a fin de contribuir a un funcionamiento familiar que se aleje de los procesos desadaptativos y promueva la salud de sus miembros.

#### CAPITULO IV: LA FAMILIA EN LA SOCIEDAD POSTMODERNA

#### **4.1. La familia**

El hecho de que la presente investigación este dirigida a la consideración detallada de aquellos aspectos que atañen directamente al funcionamiento familiar, nos lleva indefectiblemente a considerar algunos conceptos claves tanto para su comprensión como para la posterior inferencia de conclusiones.

La familia ha sido descrita como un sistema abierto, compuesto por individuos que forman una unidad bio-psico-social. Dado que dicho sistema está en permanente evolución, desarrolla su propia historia y modelos de vida. Además, el comportamiento de cada miembro de la familia influye y es influido por el resto, en un permanente feedback de comunicación.

Inmersa en un entorno social más amplio, la adaptación a los cambios se convierte en la clave principal para el desarrollo y crecimiento de la familia. Esta se alcanza a través de un proceso de autorregulación, donde el equilibrio entre el reforzamiento de las reglas o la creación de otras nuevas es necesario para enfrentarse a los acontecimientos de la vida cotidiana.

A partir de los conceptos que vienen considerándose, puede establecerse que la familia desempeñaría un papel fundamental tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas adictivas del miembro adolescente.

De acuerdo a lo expuesto por Becoña Iglesias (2000) el proceso de socialización está en la base, con frecuencia, del posterior consumo o no de drogas. De modo que el medio familiar ocuparía un lugar destacado en relación a dichas conductas de consumo.

Desde esta perspectiva puede considerarse que la familia podría constituir tanto un factor protector como de riesgo, a partir de las interrelaciones que los miembros del sistema familiar mantendrían entre sí, así como a partir de los valores, creencias,

expectativas pautas de comunicación y el interjuego de roles que entre ellos se suscitaría, sin dejar de considerar, del mismo modo, a las que establecen con el medio externo.

Con el fin de contextualizar la presente investigación se intentara conceptualizar a la familia posmoderna, sus características y aquellos aspectos que la distinguen de la familia de la modernidad. Se intentará, además, ampliar el conocimiento sobre lo que constituye una familia con un miembro adicto, buscando esclarecer el nexo que suele establecerse entre estas familias, las instituciones y servicios de salud.

#### **4.1.1 Conceptualización de familia.**

En la actualidad no existe un único modo de ser familia, a diferencia de épocas anteriores hoy se visualizan y consideran diversas configuraciones familiares. Esto conlleva a que coexistan diversas definiciones de familia.

Así mismo, la gran variedad de definiciones de familia es producto de los distintos puntos de vista disciplinarios así como de las diferentes concepciones teóricas, pero ello, también, reflejaría una dificultad para dar cuenta de las múltiples estructuras y dinámicas familiares existentes en la actualidad.

Es por ello que se considerarán algunas definiciones, a fin de comprender a la familia desde ópticas diferentes, con el propósito de contar con un panorama más amplio que nos permita una mejor consideración de este sistema, con miras a la comprensión, en última instancia, de las familias psicotóxicas, vislumbradas como aquellas que contienen a por lo menos un miembro con conductas adictivas.

Minuchin y Fishman (1984) definen a la familia como un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción que constituyen la estructura familiar, que rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Por su parte Liliana Barg (año desconocido), establece que la familia es una organización grupal, resultado de múltiples interacciones entre sus miembros, dentro del cual existen vínculos afectivos que permiten trazan un proyecto biográfico conjunto.

Fernández Moya (2010), por su parte, propone la siguiente definición:

La familia es un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad, para lo cual utilizan información de adentro y de afuera del sistema y la experiencia actual- histórica de cada uno de sus miembros (2010: 255)

Lo que caracteriza a dicha definición es el énfasis que se establece en relación a los procesos de acomodación que tienen lugar hacia el interior del sistema, así como también de los procesos de adaptación al medio, dando cuenta de los diversos modos de ser y de vivir en familia.

#### **4.2.La familia argentina posmoderna**

Tal y como establecen Minuchin y Fishman (1984), la familia no es una entidad estática, sino que está en continuo proceso de cambio, lo mismo que sus contextos sociales. Lo anterior sugiere la idea de que la familia está de continuo sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera del sistema.

Usandivaras (2004) establece que el grupo familiar es permeable a los cambios socioculturales del medio que lo circunda.

A lo largo de la historia se ha ido modificando el modo de ser familia, lo cual ha estado intrínsecamente ligado a los cambios socioculturales que han ido teniendo lugar en el medio que circunda a la familia y a los cuales la misma debió adaptarse.

A fin de aproximarnos a una consideración de la familia, sus procesos y características en el momento socio-histórico-cultural por el que se ven atravesadas, haremos un recorrido por la historia de nuestro país con el objeto de comprender la familia argentina desde una perspectiva actual.

Coletti y Linares (1997) establecen que la civilización posmoderna, que ha tenido lugar desde las últimas décadas del siglo XX, ha contemplado la aparición de profundas y marcadas modificaciones en los modelos y estructuras familiares vigentes, de entre estas modificaciones, estos autores coinciden en destacar: la relativización de los vínculos matrimoniales.

Dichos autores plantean que si bien lo que caracteriza a la sociedad posmoderna es el consumo (no ya la producción, aspecto que caracterizaba a la sociedad moderna), la familia que mejor se adapta a esta sociedad no es ya la nuclear, sino la ensamblada, a las que atribuyen mayores capacidades consumistas.

La metáfora de la postmodernidad: el consumo, ha inspirado, siguiendo el pensamiento de estos autores, dos grandes trastornos, las drogodependencias y los trastornos de alimentación.

Las familias multiproblemáticas constituyen también uno de los emblemas de la posmodernidad, no solo por su estrecha vinculación con las adicciones, sino por una particularidad en el consumo que llevan a cabo estas familias, dicho consumo está dirigido hacia los servicios sociales, estos autores establecen que este consumo se da desenfrenadamente hasta el punto de existir una relación privilegiada entre ambas instancias.

La estructura familiar en la posmodernidad se caracteriza por la presencia de rupturas y reconstituciones, en las que los roles tradicionales (roles propios de la familia moderna) se han modificado y se reformulan.

Desde esta perspectiva Susana Torrado (2004) establece, buscando caracterizar a la familia argentina de nuestros tiempos, que uno de los aspectos que marca un divergencia entre la familia moderna y la de la actualidad es el hecho de que la misma, hoy, se conforma a edades cada vez más tardías, lo que, como una de las consecuencias más notables, trae aparejado una disminución en el número de hijos, así como también la propensión a una rápida disolución de la pareja.

Otro aspecto que destaca la autora es el hecho de que se ha incrementado el número de familias extensas y monoparentales, lo cual atribuye directamente a las estrategias de planificación económica de las familias en la actualidad, así como también, al aporte económico que ingresa al hogar por parte de los hijos y de otros familiares allegados.

Por otra parte, dicha especialista, hace hincapié en el aumento de los matrimonios consensuados y expresos, al respecto sostiene:

Hasta fines de la década del '50, la incidencia de la consensualidad fue disminuyendo en el total del país. Pero a partir del '60 tiene lugar un fenómeno nuevo: la extensión de este tipo de parejas en las clases medias urbanas.

Considera que la desestimación del matrimonio-institución va íntimamente unida a la búsqueda de una cada vez mayor libertad individual.

A partir del modelo de ajuste, en la década del '90 sobre todo, hay otros factores que inciden mucho en el deseo de no casarse, de probar a ver si la pareja tiene sustento como para seguir adelante antes de embarcarse en un matrimonio legal: la desocupación y

la precarización del trabajo. Para formar un matrimonio que eventualmente se constituye con la idea de que habrá hijos se necesita una situación más estable y la falta de trabajo o el empleo en negro hacen que haya muchísima más incertidumbre. Entonces, hay una postergación de las uniones, es decir, se retrasa la edad en la que se entra en unión: las mujeres ahora lo hacen en promedio a los 29 años y a principios del siglo XX era a los 20; es una variación considerable en un siglo. Los hombres variaron menos, pero también lo hicieron y hoy ingresan en unión alrededor de los 30 o 31 años.

La propensión a reincidir en el matrimonio es mucho más intensa entre los hombres que entre las mujeres. Dos factores explican principalmente este fenómeno: los hijos de una pareja divorciada quedan casi siempre a cargo de la madre, por lo que las mujeres aportan a la nueva unión una carga diferente a la que aportan los varones.

Además, el avance de la edad perjudica a las mujeres: su mayor edad se asocia al horizonte de la menopausia percibida como “vejez”.

Por último, otro aspecto que Torrado resalta es el hecho de que hoy los jóvenes permanecen por periodos de tiempo más prolongados en el hogar de sus padres, en relación a tiempos anteriores, en palabras de la propia autora: aumentó la población de hombres y mujeres entre 20 y 29 años que todavía viven con sus padres, porque la crisis les impidió casarse, en función de una situación económica más difícil. Y señala que las consecuencias de este fenómeno tiene que ver con que se retrasa todo el ciclo de vida: si entra a la formación de una unión cinco años más tarde que lo que la tendencia mayoritaria, a lo mejor afecta el número de hijos que va a tener. Si el retraso es muy grande puede afectar la fertilidad de las mujeres que disminuye con los años, con lo cual un número creciente de ellas podría tener problemas para quedar embarazadas.

#### **4.3 Familia Funcional.**



En relación al concepto que se abordará, el de familia funcional, debe destacarse que no existe un único modo de ser familia, por lo tanto no puede establecerse un concepto universal de dicho grupo que permita evaluarlo y considerarlo como normal y sano. Pero si es posible establecer un conjunto de parámetros que al ser considerados en la familia nos permitan una aproximación a los conceptos de funcionalidad, o por el contrario, de disfuncionalidad familiar (Sabah en Fernández Moya, 2010).

En la actualidad nos encontramos con que profundas variaciones tienen lugar tanto a nivel estructural de la familia, así como en su dinámica, lo cual requiere por parte de los profesionales dedicados a su estudio, un pensamiento flexible, que atienda a los diversos cambios, cambios que influyen en la conducta familiar.

Para brindar una aproximación a lo que constituye la funcionalidad familiar, tomaremos aquellas características que propone Fernández Moya (2010) y que contribuyen a su definición e identificación, a entender:

- La capacidad de la familia para resolver problemas.
- El clima emocional familiar.
- La capacidad para cambiar en el curso del ciclo vital. (Flexibilidad Familiar)
- La capacidad para regular proximidad y distancia en las relaciones intrafamiliares.
- Formación de fronteras generacionales funcionales, es decir una organización jerárquica con fronteras inequívocas pero no impermeables (...) Las familias que podrían considerarse disfuncionales presentarían un desdibujamiento de tales fronteras y una suspensión de la organización jerárquica.

#### **4.3.1 Estructura familiar**

De acuerdo a lo postulado por Salvador Minuchin (1990), podría establecerse que la estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

El sistema familiar opera a través de pautas transaccionales repetitivas, que van configurando un modo específico de funcionamiento familiar, “así se hacen las cosas”, y va estableciendo reglas de jerarquía, género y complementariedad que regulan el funcionamiento familiar, definen su gama de conductas y facilita su interacción recíproca.

Estas pautas transaccionales permanecen por acomodación mutua de los miembros y por eficacia funcional. Las mismas ofrecen resistencia al cambio más allá de un determinado umbral. Es por esto que cuando existen situaciones de desequilibrio el sistema acude a mecanismos de control.

La organización y estructura del sistema familiar determina la conducta y experiencia de sus miembros y a partir de roles explícitos e implícitos, la interacción entre los miembros gobierna y monitorea la conducta.

#### **4.3.2 Dinámica familiar.**

A fin de comprender los procesos que tienen lugar dentro de la familia, y a su vez, en su interacción con el medio, es que ahondaremos en la dinámica familiar.

##### **4.3.2.1 Modelo circunplejo de D. Olson**

El Modelo Circunplejo fue desarrollado en el año 1979 por David H. Olson, Candyce Russel y Douglas Sprenkle en un intento de establecer un nexo entre investigación, práctica y teoría de los sistemas familiares.

Dicho modelo busca describir la dinámica marital y familiar, a partir de la consideración de tres dimensiones fundamentales, estas son: la cohesión familiar, la adaptabilidad y la comunicación.

Consideramos fundamental atender a dicho modelo, ya que, el trabajo con familias en la presente investigación, atiende de manera especial a estos tres aspectos. Y es a partir de ellos que intentará hacerse una caracterización de la familia con un miembro adolescente adicto.

### ***Adaptabilidad.***

La adaptabilidad familiar se define por la manera en que la familia se adapta a los cambios.

Este concepto también es empleado como el equivalente de flexibilidad familiar.

Por flexibilidad familiar se entiende al monto de cambio en los liderazgos, los roles y las reglas de relación, en el control de la disciplina y en el estilo de negociación.

Según lo refiere Fernández Moya (2010), la adaptabilidad de una familia depende de la capacidad que tenga esta para crear un equilibrio flexible entre una situación excesivamente cambiante que se traduce en sistemas caóticos y una situación excesivamente estable que se presenta como sistemas rígidos.

La flexibilidad de la familia es importante y necesaria para garantizar los cambios y el desarrollo que tienen lugar en las diversas situaciones, considerando además, las

condiciones contextuales y del ambiente que son procesos dinámicos, es decir, que siempre están en proceso de cambio.

Por otra parte, siguiendo el pensamiento de dicho autor, es necesario cierto grado de estabilidad en el sistema, para lograr un espacio familiar interno bien definido, con reglas aceptadas que brinden a cada miembro de la familia un marco de orientación afectivo y cognitivo.

### ***Cohesión.***

La cohesión es definida por Olson (1983, en Fernández Moya, 2010, 297) como el apego emocional que los miembros de la familia tienen entre sí y el grado de autonomía personal que experimentan dentro del sistema familiar.

El autor anteriormente mencionado aporta además, la consideración de que dicha función es ejercida mayormente por el/los líder/es aceptados por el grupo familiar.

Implica el equilibrio entre proximidad y distancia entre los miembros del sistema. Cuando se encuentra balanceada, los individuos son capaces de ser independientes de su familia y a la vez estar conectados con la misma. Cuando se encuentra desbalanceada, pueden oscilar entre dos extremos que serían desligado y muy conectado o aglutinado.

Si se encuentran muy conectados, los miembros poseen un excesivo consenso familiar y poca independencia, autonomía. De manera contraria, en los sistemas familiares desligados cada individuo se preocupa de su propia vida, poseen escaso apego y compromiso hacia los demás.

Dicho autor, afirma que “se puede medir la dimensión de cohesión familiar en el apego emocional, límites interpersonales, coaliciones, y en el manejo del tiempo, los espacios y los amigos (compartidos) en la toma de decisiones, los intereses y el tiempo libre (compartido o no)”.

Por su parte Usandivaras (2004) refiere que la cohesión es un concepto que alude al grado de relación o vinculación entre los miembros de una familia, partiendo del hecho

de que las familias fluctúan entre cercanía y distancia, considera que debe haber un equilibrio entre: apoyo, solidaridad (unión) y separación.

### ***Comunicación***

Esta es considerada una dimensión facilitadora de las anteriores. Alude al intercambio de información dentro del sistema familiar.

Se establece que debe existir una mínima y balanceada capacidad para escuchar a los otros y una habilidad para hablar. Fernández Moya, la define como una dimensión promotora de la organización y estructuración del sistema, siendo facilitadora de posibilidades de cambio y adaptación al medio.

## **4.4 Familia Disfuncional**

La palabra que se usa es disfuncional y no patológica, para describir a estas familias, ya que la primera implica una cierta estabilidad y también movimiento, cambio a diferencia de patología que remite a una entidad estática. (Sabah en Fernández Moya, 2010).

Algunas características que permitirían considerar a una familia como disfuncional serían las siguientes:

- Su funcionamiento no le permite cumplir con sus funciones de alimentación, adaptación al medio, protección y socialización de sus miembros.
- Dificultad para resolver problemas.
- Evitación y negación de conflictos. Los conflictos no estimulan el desarrollo y transformación de la familia sino su rigidez y poca capacidad de cambio.
- Sitúan los problemas en un individuo, a manera de chivo expiatorio.

- Alteración en la comunicación. Comunicación paradójica y dobles mensajes. Falta de coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.
- Clima emocional de tensión y malestar
- Procesos de interacción paralizados y fijos.
- Desdibujamiento de fronteras generacionales y suspensión de la organización jerárquica.
- Formación de triangulación patológica.
- Dificultad en el manejo de proximidad-distancia entre los miembros.
- Intentos caóticos de control.
- Rigidez en el cambio en las etapas del ciclo vital.
- Crisis permanentes.

#### **4.5. La familia del adicto**

Citando a Kalina (2000), puede establecerse que las Familias Psicotóxicas son aquellas que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción; y más precisamente, aquellas que incluyen uno o más miembros adictos.

Para comprender como se originan aquellos procesos que destinan al sujeto a no ser en el ámbito de la familia, se partirá desde el momento de la conformación de la pareja, en el período de esta estructuración es que tiene lugar una dialéctica entre los roles asignados asumidos y los roles que son esperados e ilusionados.

En el juego de interacciones, a veces, surgen malentendidos, cuando estos roles no se asemejan a las expectativas.

En la situación de las familias con un miembro adicto, este tipo de estructura comenzó basado en una mentira o engaño entre los miembros de la pareja, lo que Kalina denomina un *pacto ilusorio*.

De acuerdo a lo establecido por tal autor, las personas que conforman la pareja inician la misma con un pacto, el mismo alude a la unidad, la cual, la pareja intentará mantener a cualquier precio. Aquí comienzan los malentendidos y se instala la primera mentira o el "pacto ilusorio". Estos son roles esperados de uno y del otro. En cambio los roles asumidos son diferentes.

Este pacto tendría su origen en el deslumbramiento mutuo, que no logra ser sostenido en el tiempo, pero dado que aparece este mandato, el de permanecer juntos, la pareja pasa a integrar un sistema denominado "encolado o engomado".

Esto se traduciría en una rigidez del sistema parental para sostenerse, la misma no posibilita los tire y afloje habituales de la vida en pareja, ni la mutualización que debe existir para poder generar un contexto capaz de una transmisión cultural al hijo en condiciones que favorezcan el desarrollo normal.

En este encolamiento de la pareja, suele existir una pseudodemocracia sostenida por las drogas, en este caso particular por la adicción de uno de los hijos, y por un conjunto de pactos.

Una pareja que se integra en forma funcional, pasa a tener una interacción mutua, con las posibilidades que ofrece un vínculo que se basa en el respeto a las diferencias de cada uno, es democrático por esencia y por lo tanto no narcisista. El hijo es en consecuencia un logro enriquecedor que ayuda a ampliar el sistema vincular.

En cambio en la pareja "adictogénica", se presenta este pacto ilusorio que restringe y empobrece las posibilidades de desarrollo autónomo de los miembros,

amenaza con romperse si alguno intenta alterar el status quo (en tal caso el divorcio es una amenaza peligrosa). El sacrificio de un hijo resulta homeostático para neutralizar las demandas producto del cambio de roles y mantener el vínculo encolado.

Por lo tanto, y como resultante del mencionado pacto surge como emergente “el elegido”, es decir el “hijo droga “

Como se mencionó en párrafos anteriores, el adicto está destinado a no ser un ser autónomo, con vida propia, ahora podríamos decir que en realidad está destinado a ser para la mamá. Por lo general las madres de adictos, siguiendo a Kalina, son personas, depresivas, ya sea en forma manifiesta o enmascarada y su propia madre también lo fue. La personalidad depresiva, vive necesitada de estima de fuente externa. En otros términos, depende hasta límites esclavizantes de la estima que viene de afuera de su self, es decir, desde el otro. Entonces un hijo droga de quien se nutra, es la forma que el marido encuentra para tranquilizarla y así poder mantener su rol de esposo y padre, presente y ausente.

Esto es lo que Kalina (1988) denominó pacto perverso, éste hace referencia al pacto que se crea entre la madre y el hijo, en el cual, éste, desde su nacimiento, se convierte en la droga de la madre, pues no es atendido desde su necesidad, sino en función de las de la madre. De este modo, siempre que aparezca algún desequilibrio en la familia, es el hijo (hijo-droga), quien debe calmarlos para que el sistema se equilibre o calibre. En relación al rol del padre, lo que caracteriza al mismo es la ausencia de intervención (intervención destinada a cortar el cordón umbilical psicológico) como debiera, favoreciendo, de este modo este vínculo simbiótico entre la madre y el hijo, es decir, hace la vista gorda de esta situación.



Stanton y Todd (1982) a partir de sus investigaciones, establecen que las madres de los adictos no solo muestran una mayor tendencia hacia las prácticas simbióticas de crianza, sino que también, quedan como trabadas en un estadio temprano la crianza de sus hijos, tendiendo a mantenerlos y tratarlos como si fuesen de menor edad de lo que realmente son.

La situación simbiótica de una madre con su hijo tendría una connotación popular de ser una madre que sobreprotege a su hijo, que se preocupa por él en demasía, sin embargo, estamos en condiciones de establecer que esta situación más que caracterizarse por una protección, se caracterizaría por la desprotección, en la medida en que mientras la madre satisface sus propias necesidades a través de su hijo, ella no logra atender las necesidades propias del mismo. Esto dificulta en el hijo su preparación para la vida en sociedad, para las vicisitudes del mundo. En definitiva, no lo prepararía para la independencia, sino que, por el contrario, lo mantendría dependiente y define, consecuentemente, su parámetro para moverse en el mundo: la dependencia.

Respecto del padre, Kalina, establece que estos ceden completamente sus privilegios como padres, a cambio de libertad para sumergirse del todo en su trabajo. Hecho que ocurre frecuentemente, porque la frustración de la mujer, que en el fondo es depresiva, reclamante, angustiada, dramática y asfixiante; es insoportable para él. Otras perspectivas sostienen que los padres, en la mayoría de los casos son hombres pasivos, que se dejan dominar y mantienen una gran distancia con respecto a sus esposas. .

Otro aspecto importante en las interacciones familiares es la vivencia del "NO", es vivido como la muerte, tanto para el denominado elegido, como para los padres. El no, ya sea transitorio o definitivo, implica esperar, y este es un concepto que todo el grupo familiar debe llegar a aprender que puede tener una connotación positiva y no siempre catastrófica, como tiene para ellos. Vale decir que disponen de la palabra no pero carecen de la experiencia de negación entendida como aceptación de límites.

Es importante resaltar el factor tiempo. Saber esperar. Tomar conciencia de que algo que comienza y termina, es insoportable para quien terminar, implica vacío, pérdida.

En consecuencia, al hijo droga, le pasa esto. Va creciendo y en el proceso de desimbiotización recibe mensajes contradictorios que le dicen: no te desimbioteces, quédate conmigo, no seas. En vez de ser un ser para la vida debes ser un ser para mí y por lo tanto para todo el sistema.

Este tipo de adoctrinación es mediatizada en forma de mensajes contradictorios, modelos tóxicos, pactos perversos, y de toda clase de mensajes mediante los cuales se les enseña que crecer, independizarse, ser, significa causar la catástrofe total del núcleo familiar. Si crece y se vuelve autónomo el hijo, abandona a su madre, por lo tanto ella queda enfrentándose con su propio vacío, con sus insatisfacciones y disfunciones conyugales.

El drogadicto ilusiona en cada incorporación de la droga encontrar la espinaca y así poder lograr en forma inmediata, o sea mágica, omnipotente, realizar ilusoriamente el deseo de ser un ser grandioso (lo que Kalina denomina el síndrome de Popeye), que a su vez, es el deseo de la madre.

Como ya se ha mencionado, estas familias se caracterizan por hacer la vista gorda, en esta ceguera, nadie puede ver ni que el hijo es un adicto, ni el adicto ve su cuerpo, no se ve así mismo, no ve su destrucción.

Estos modelos los van aprendiendo y así se va configurando un proceso de desarrollo en el cual se le descalifican todos los valores de lo que es la vida autónoma, invirtiéndose el significado: autonomía o libertad es mala, dependencia o sumisión, es bueno.

El potencialmente adicto también aprendió, desde su nacimiento, que la palabra no vale nada. Nunca fue escuchado, tampoco mirado, es decir, se lo miraba sin ver o viéndolo parcialmente, continuando con la línea de la ceguera, es así como aprende a hacer la vista gorda.

Son familias donde la acción prepondera la palabra y en consecuencia el lenguaje verbal está descalificado. Esto es vivenciado como que los padres son mentirosos, y la mentira se convierte en uno de los síntomas del adicto.

En el proceso evolutivo de las personas que recurren a las drogas, generalmente han sufrido abandonos reales, quedándose a cargo de otras personas durante días, semanas o meses; también pudieron haber sido microabandonados permanentes, ya que eran atendidos cuando la madre los necesitaba a ellos y no cuando ellos la necesitaban. “El niño abandonado es un niño sobreexigido que debe desarrollar capacidades omnipotentes para sobrevivir” (Kalina, 2000:64).

Finalmente, la falta de límites y las conductas impulsivas y adictivas conducen a intensas relaciones narcisistas madre-hijo, que se tiñen de un tono incestuoso. Por tal motivo, se desarrolla un nivel emocional violento que requiere, para lograr una nueva estabilidad del sistema, de un sacrificio ritual como última ofrenda del adicto a su familia: La muerte por sobredosis o cualquier otro accidente, surgiendo el pacto criminoso, en donde la solución por la muerte es inducida.

Entonces, puede establecerse que: la mentira, los dobles mensajes, la falta de confianza en la palabra, el predominio del lenguaje de acción, la manipulación, el modelo tóxico, los pactos perversos, son todos fenómenos interaccionales que van configurando un hijo con profundos sentimientos de abandono, vivencias depresivas y que en la droga encuentra la ilusión de integridad y muchas veces de identidad: “soy adicto”.

Esteves y Girolamo (2001) proponen que la conflictiva familiar en la que uno de sus miembros presenta conductas adictivas, puede explicarse a través de un esquema de circularidad, lo que generaría, según estos profesionales, una situación “ad infinitum”, en la medida en que el efecto de una causa retroactiva surgiría nuevamente como efecto, dando lugar, en consecuencia, a un círculo interminable de interacciones.

A fin de facilitar la comprensión de la circularidad en las interacciones de la familia con un miembro adicto, los autores anteriormente mencionados, establecen que el primer contacto con la droga psicoactiva por parte del adolescente estaría guiado por la curiosidad, pero en ese “probar” se encuentra, en el vínculo con la droga, el beneficio que podría concebirse como estado de bienestar (que desde luego sería ficticio). Luego, detrás de un consumo reiterado, lo que se buscaría es sentir que a través del consumo se

poseería una identidad. A partir del consumo se es adicto, lo cual implicaría a su vez, escuchar tal o cual música, emplear determinado lenguaje, etc.

Según definen los especialistas dicha identidad no es tal, pues es ficticia, por lo que se la denomina pseudoidentidad.

En la medida en que se va generando un incremento del consumo, el mismo, va ejerciendo efectos en la persona, los cuales repercuten en su entorno, de este modo el adolescente manifiesta conductas agresivas hacia los demás (es agresivo, irritable e impulsivo) y consigo mismo, ya que la conducta de consumo comporta en sí misma un aspecto autodestructivo.

Estevez y Girolamo, coinciden en considerar que en la problemática adictiva se puede distinguir una problemática a nivel familiar, caracterizada por el conflicto dependencia-independencia de la figura materna, la ausencia de la figura paterna, con la consiguiente falsa individuación, la generación de vínculos enfermos que genera en los hijos vivencias de tipo depresivas y profundos sentimientos de abandono.

La presencia del adicto en la familia configura un funcionamiento que tiende a rigidizarse, manteniéndola en un equilibrio ilusorio, donde cada uno de los roles dan sentido a la existencia de cada uno de los miembros, incluyendo al adicto. De esta forma, la madre no puede ser sobreprotectora si no hay un hijo en riesgo. El hijo a su vez, debe mantenerse en riesgo para que la madre tenga por qué ser madre. Y el padre se aleja y no interviene en este vínculo enfermo, lo cual genera que este vínculo aumente su fusión.

Todo esto nos llevaría a pensar que en la familia con un miembro adicto, el tema central estaría basado en la búsqueda de una forma de evitar la resolución de problemas, más si tomamos en consideración lo que la adolescencia implica en la familia en tanto crisis familiar, en un intento de evitar las tensiones y desequilibrios que generan periodos como éste. La idea que predominaría en estas familias, sería la de vivir en una eterna situación de homeostasis para que nada altere dicho pseudo- equilibrio familiar, e intentaran conservarlo a cualquier precio.

#### **4. 6. Familias y procesos de salud**

Habiendo descrito al sistema familiar y habiendo hecho hincapié en la familia con un miembro adicto, consideramos oportuno ahondar en la temática y considerar a la familia en su interacción con las instituciones a fin de considerar la promoción de los procesos de salud, en el ámbito de la familia, en su interacción con dichos ámbitos.

Según Colaciocco (en Coletti y Linares, 2010) para que emerja la demanda de droga, demanda a partir de la cual se constituirá el vínculo con las instituciones y los servicios de salud, es indispensable que, además del tráfico y la venta, se añadan otros factores que interactúan con estos, a entender: situaciones de malestar y sufrimiento a nivel personal así como también a nivel de las relaciones interpersonales, y que estas situaciones de malestar se extiendan al entorno de la persona. Desde esta perspectiva se considerara que el individuo, viviendo como insuficientes las respuestas que recibe del propio ambiente, trata de curarse a sí mismo recurriendo a la droga, implementándola como una especie de autoterapia.

En lo que respecta al tratamiento y abordaje de las adicciones, desde las instituciones, diversos autores y profesionales experimentados en el tema, destacan la importancia de la participación de la familia en su totalidad; al respecto podemos argumentar la importancia de la participación del individuo así como del sistema familiar al que pertenece, considerando que la adicción es una problemática compleja, por lo cual puede establecerse que su abordaje debe ser integral, adaptándose y considerando la complejidad de la conducta adictiva.

Desde esta perspectiva, tal y como lo establece Gustavo Pierri (año desconocido) al describir a la familia como un sistema consideramos el supuesto de que el lugar de un integrante de la misma se explica por el lugar que ocupan los otros miembros. El comportamiento de un miembro está dado por el comportamiento de los otros. De ahí que el uso indebido o el abuso de sustancias psicoactivas de un individuo debe ser

conceptualizado y abordado dentro del contexto relacional más próximo en el que la persona está inmersa, es decir, la familia.

Ese contexto familiar facilitó el surgimiento y contribuye al mantenimiento del síntoma, en este caso el consumo problemático de sustancias psicoactivas, y por tanto debe ser modificado para que el sistema familiar no necesite del comportamiento sintomático para estabilizar su funcionamiento.

En nuestro país, el abordaje y tratamiento de la problemática de adicciones se hace desde una perspectiva sistémica, pero no siempre fue de este modo; para poder comprender el/los motivo/s por el/los que se privilegia la implementación de dicho paradigma para el abordaje de este tipo de conducta problemática, consideramos oportuno presentar un breve recorrido histórico sobre el papel que desempeña la terapia familiar en el tratamiento de adicciones.

A pesar de la importancia que el psicoanálisis otorgaba a la familia en el desarrollo de la personalidad de los individuos, durante muchos años los terapeutas se resistieron a la idea de ver a los familiares de sus pacientes con el fin de salvaguardar la intimidad y preservar la relación terapéutica (Coletti, 1987).

La visión predominante, apoyada por los profesionales de la salud mental de aquella época, ponía el énfasis en que todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y que requerían por tanto una terapia centrada en el individuo. (Pascual, 2009 en Marcos y Garrido, 2009).

Durante esta época, la problemática de la adicción se daba en poblaciones reducidas, eran generalmente poblaciones hospitalizadas, en contacto directo con sustancias como la heroína y la morfina. No existía un abordaje especializado dirigido al tratamiento de dichas conductas adictivas.

En este contexto, comienza a desarrollarse el movimiento de la terapia familiar. Surge en parte como respuesta a las propias limitaciones del tratamiento individual: el fracaso de las terapias centradas en el individuo para proporcionar una solución a los problemas de pareja y a los problemas de padres e hijos; la observación de recaídas

que, a veces, ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados regresaban a sus familias; el entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes; y la observación de que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente, hasta el extremo de que cuando las familias estaban pasando por una situación conflictiva, de crisis, sucedía que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa. Todo ello contribuyó a un creciente desencanto con respecto a aproximaciones exclusivamente centradas en el individuo en psicoterapia.

Es a partir de esta nueva perspectiva desde la cual empieza a observarse a las conductas adictivas. El paso lógico siguiente fue concebir una intervención terapéutica destinada a alterar esos patrones de relación disfuncionales mediante sesiones con la familia completa (Rolland y Walsh, 1996).

En la década del 60, el abordaje de las adicciones implica al consumidor de sustancias enajenado del sistema familiar.

Desde las décadas del 70-80 comienzan a aparecer los primeros trabajos de investigación que consiguen renovar el interés por el abordaje de las adicciones. Desde estas nuevas perspectivas pasa a considerarse que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento.

De acuerdo a lo que postulan Marcos y Garrido (2009) la introducción de las familias en el desarrollo de planes terapéuticos globales ha supuesto un éxito al reducir las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandonos de la desintoxicación y por recaídas tempranas, al aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento así como la adherencia al tratamiento; al disminuir el uso de sustancias pos tratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social (Becoña y Cortés, 2008; Girón, Martínez-Delgado y González-Saiz, 2002).

Las actuales tendencias en el tratamiento del abuso de drogas tienen mayores componentes de programas de tipo ambulatorio, con ingresos hospitalarios breves, programas residenciales de corta duración. Esto supone que, cada vez más, los pacientes incluidos en estos programas permanezcan en sus hogares con su familia. De ahí la enorme importancia que han adquirido en la actualidad las intervenciones basadas en la familia.

En lo que respecta al abordaje de la problemática del consumo y abuso de drogas Colacicco (en Coletti y Linares, 2010) proponen diversos métodos de abordaje, haciendo especial énfasis en las acciones preventivas.

Con estas acciones se buscará emprender tareas, en las cuales se consideren y empleen los recursos de la comunidad, constituyendo un instrumento preventivo, comunitario y terapéutico para los jóvenes en riesgo.

Este autor, propone que la acción en cuanto al consumo de drogas debe llevarse a cabo desde tres áreas de prevención, con el objeto de abordar íntegramente el fenómeno de las adicciones en su complejidad. Estas áreas son:

1. Prevención primaria: constituye un conjunto de acciones dirigidas a evitar que se generen situaciones de malestar que conlleven al desarrollo de conductas adictivas. Implica el ofrecimiento de apoyo terapéutico a familias, educadores, instituciones y sujetos sociales capaces de dar respuestas constructivas a las manifestaciones de malestar en los adolescentes y jóvenes, considerados en riesgo por el déficit en la capacidad de respuesta ante dichas situaciones.
2. Prevención secundaria: intervenciones dirigidas a frenar el recurso de la droga como una alternativa de ayuda, apoyando a las instituciones ya existentes y favoreciendo el acceso a ellas.
3. Prevención terciaria: acciones dirigidas a la rehabilitación y la posterior reinserción.



Partiendo, entonces, de la consideración de las adicciones como una problemática psico-social, en cuyo origen y mantenimiento convergen múltiples factores consideramos fundamental atender el rol de los profesionales en cuanto a dicha temática, es decir, nos parece de suma importancia conocer desde que paradigmas los profesionales de la salud, abordan la problemática de las adicciones en nuestra provincia.

Para acceder al conocimiento de las diversas perspectivas, que intentamos exponer, y que consideramos facilitará la distinción de estos paradigmas, que suelen resultar antagónicos, nos parece oportuno partir de una analogía expuesta por Micucci (2007) de la psicología como un caleidoscopio, ya que este artefacto, a partir de su manipulación, y de acuerdo a la posición en la que se lo coloque en relación a la luz, permite distinguir formas diversas, es decir, distintas perspectivas. Esto, traducido a la psicología, en su relación con el proceso de salud- enfermedad, implicaría que de acuerdo a las teorías, doctrinas, experiencias y marcos teóricos que domine el psicólogo, le permitirán definir su postura ante una misma realidad: en el caso particular de dicha investigación las adicciones en adolescentes.

#### **4.6.1. El modelo de enfermedad vs. El modelo salubrista.**

De acuerdo a lo expuesto por Micucci (2007), por largo tiempo, la salud, fue abordada desde la enfermedad, lo cual implicaba una visión reduccionista, es decir, centrada en el individuo (aislado de su contexto) y en los aspectos físicos, sin considerar los aspectos psicosociales vinculados a este.

De acuerdo a Saforcada (2013), el eje teórico que centra su atención en la enfermedad, se caracteriza por ser restrictivo, focalizando su atención en el individuo descontextualizado, y establece, que el propósito de dicho modelo está dirigido a la remisión de la enfermedad, teniendo por lo tanto una función rehabilitadora.

El autor referido, propone, entonces, que la entrada en acción del profesional es posibilitada por la enfermedad, ya que sin la misma, desde esta perspectiva, la intervención no tendría sentido alguno.

Así mismo, dicho autor, argumenta que el hecho de “trabajar en salud” desde la enfermedad, tiende a formar profesionales inflexibles, que se niegan a abandonar sus paradigmas antes de amoldarse a las necesidades de las comunidades.

El modelo anteriormente mencionado y de algunos otros cuyas intervenciones están dirigidas a la persona mentalmente enferma, constituirían los orígenes de la psicología de la salud, la cual emerge como una rama especializada para situar los problemas de salud en los contextos en los cuales las personas crecen y se desarrollan.

Micucci (2007) propone que durante largo tiempo la salud fue abordada desde el modelo patogénico, sin embargo esta forma de trabajar en salud fue modificándose durante el siglo XX, cuando comienza a vislumbrarse a la salud como un estado positivo<sup>1</sup>. Es a partir de lo anteriormente expuesto que la salud empieza a visualizarse como un equilibrio entre los aspectos biológicos, psicológicos, y ambientales atravesados por sistemas económicos- políticos y culturales. Por su parte, entonces, la perspectiva de la psicología positiva y la salud pública, atendiendo a los factores anteriormente explicitados, proponen una aproximación integral a aquellas condiciones que contribuyen al bienestar tanto individual como colectivo.

De acuerdo con la autora señalada, la tendencia sanitaria propia de la actualidad, centraría sus esfuerzos en la prevención de las enfermedades, así como, en la promoción de hábitos y estilos de vida que sean saludables y la educación en salud, favoreciendo la consideración de los diversos ecosistemas de los cuales forma parte la persona, así como el trabajo interdisciplinario.

De esta perspectiva, el rol del profesional de la salud, se extendería a la promoción y prevención de la salud, ampliando la mirada más allá de lo estrictamente psicopatológico.

---

<sup>1</sup> En 1984 la OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

A modo de conclusión, podemos decir, que por todos los aspectos anteriormente considerados, creemos que la familia juega un papel fundamental tanto en la generación, como en el mantenimiento de un síntoma, tal y como es la adicción, aunque por el contrario, en muchas ocasiones, suele contribuir a la generación de condiciones preventivas.

Lo que nuevamente da cuenta de la complejidad de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y por lo tanto de la importancia de abordar desde esta complejidad a dicha problemática bio- psico-social; lo cual atañe directamente al rol que los profesionales de la salud, quienes están en contacto directo con esta realidad cada vez más frecuente en nuestra sociedad y quienes desde sus acciones e intervenciones son los facilitadores de la generación de espacios de salud que contribuya tanto a la prevención como a la promoción de la salud, no solo del individuo, sino de las familias y de la comunidad toda.

## SEGUNDA PARTE

### MARCO METODOLOGICO

## CAPITULO V: METODOLOGÍA

### **5.1 Objetivos de la investigación:**

Los objetivos de la presente tesina son los que a continuación se consignan:

- Describir aquellos aspectos de la familia del adolescentes con dependencia a sustancias psicoactivas que pudieran actuar como factores protectores y de riesgo.
- Caracterizar el abordaje profesional especificando si este está dirigido hacia la protección y/o el riesgo.

### **5.2 Método.**

#### **5.2.1 Tipo de Estudio**

Este trabajo se enmarcará dentro de las metodologías cualitativas. Taylor y Bogdan (2000) definen las metodologías cualitativas como "la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable". Este tipo de metodología, busca comprender los motivos y creencias que están dentro de las acciones de la gente, considerando que lo que dice y hace una persona, es producto del modo en que define el mundo.

La misma, podría ser situada dentro de los diseños no experimentales y transversales, ya que el objetivo es observar las variables en un determinado momento para luego analizarlas y poder establecer relaciones o diferencias entre ellas.

El estudio será de tipo descriptivo, ya que en este tipo de estudios, el propósito es describir situaciones y eventos, es decir, como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno. (Dankhe, 1986 en Hernández Sampieri, 2006).

En este caso particular, el propósito es describir aquellas características de la familia mendocina que podrían actuar como factores protectores y como factores de riesgo, en relación a la dependencia que manifiesta algún miembro adolescente a alguna sustancia psicoactiva, especificando particularidades y características propias de este tipo de sistemas.

Así mismo, dado que el abordaje de estas familias se hará dentro de un marco institucional se buscará puntualizar como los efectores de la salud, vinculados al abordaje de dicha temática, llevan a cabo sus intervenciones en relación a esta problemática.

### **5.2.2 Grupo de Estudio**

El grupo de estudio con el que se trabajó fue no probabilístico y de tipo intencional, dado que los sujetos fueron seleccionados por presentar ciertas características que resultaron relevantes para la investigación.

El mismo estuvo conformado por cinco familias. Las familias elegidas para la presente investigación, debían poseer ciertas características: la presencia de un miembro varón adolescente de entre 15 y 18 años con dependencia a una o más drogas psicoactivas (policonsumo); y que tanto él como su familia recibieran tratamiento ambulatorio en algún centro de día del Gran Mendoza.

La institución en la cual se formó el grupo de estudio fue Cable a Tierra, ya que en dicha institución un requisito indispensable para emprender el tratamiento de la problemática adictiva, es la presencia del grupo familiar. Partiendo de la comprensión de la influencia que ejerce dicho grupo primario, no solo en el inicio de dicha problemática (codependencia y corresponsabilidad) sino en su recuperación.

### **5.2.3 Instrumentos de Evaluación:**

✓ Entrevistas.

Bleger (2.007), propone que la entrevista es una técnica de investigación, que presenta sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales se logra la aplicación de conocimientos científicos, y al mismo tiempo posibilita trasladar la vida cotidiana del ser humano al nivel de conocimiento y elaboración científica. En otras palabras, permite que a través de ella se puedan obtener datos sobre un problema específico de investigación.

En el caso particular de la presente tesina, se decide trabajar en base a una entrevista cerrada, en la misma, las preguntas ya están previstas y formuladas de antemano, tanto en su orden como en el modo en que serán enunciadas, y el entrevistador no puede alterar ninguna de estas disposiciones.

✓ Test de las Bolitas.

Se utilizará el test de las imágenes de las relaciones interpersonales, también denominado, “Test de las Bolitas”, aplicado a aquellos adolescentes que presenten conductas de tipo adictivas y sus familias, según las variables descriptas anteriormente.

El Test de las Bolitas fue ideado por Raúl Usandivaras, iniciador y maestro de la Psicoterapia grupal en la Argentina, quien comenzó a realizar sus investigaciones en la década del setenta con un grupo de colaboradores y discípulos, y con quienes creó el primer test sobre grupos.

El “Test de las Bolitas” consiste en una técnica de tipo proyectiva que permite el diagnóstico, pronóstico y evaluación de resultados en pequeños grupos (parejas, familias y grupos terapéuticos).

El material utilizado consiste en un tablero de madera de 55 cm por 55 cm que posee 400 orificios. Cada miembro de la familia recibe veinte bolitas de un color determinado (el padre recibe las rojas, la madre las azules, el hijo las amarillas, y los hermanos las verdes). La técnica coloca al grupo familiar frente a una tarea que deben realizar en conjunto, para lo cual deben organizarse y mostrar su particular manera de actuar.

El instrumento se aplica en tres oportunidades, y en todas ellas se procede a la evaluación de los siguientes aspectos: la conducta, el comportamiento durante la prueba, el lenguaje verbal, aquello que dicen durante la toma, ya sea espontáneamente o como respuesta a las preguntas del administrador. En cuanto al lenguaje verbal se analizan tres aspectos puntualmente, que son Planeamiento (si pensaron lo que iban hacer y quién lo propuso), Nombre (qué nombre le dan y quien lo propone) y la Evaluación de las tres pruebas (es la elección que hace cada integrante de una de las tres pruebas).



También se evalúa el Lenguaje Tablero, es decir, todo lo que los miembros de la familia hacen sobre él. Implica la forma (configuración total de lo que planearon hacer), el contenido (correlación entre lenguaje verbal y lo hecho), estructura (el modo en que las bolitas se relacionan entre sí produciendo la forma), ubicación de cada set (posición que ocupa su área en relación con el lugar del borde del tablero en el que está ubicado cada participante) y relación entre los sets (tipo de relación entre los distintos grupos de bolitas).

Una vez terminada cada toma se obtiene una fotografía de la producción, y al finalizar la tercera toma se muestra a los participantes las fotografías y cada uno elige una. Para finalizar se completa el formulario correspondiente. (Anexo 1).

Según Galeazzi, Mandelbaum y Villafañe (citados en Usandivaras, 2004), la familia enfrentada con el Test muestra los siguientes aspectos:

- 1) Formas de organización de la estructura familiar, es decir cómo se integran los miembros, que grado de cohesión tienen y cómo interactúan entre ellos.
- 2) Capacidad de comunicación. Se evalúa la capacidad en la emisión y recepción de los mensajes, la capacidad de expresar emociones y conflictos.
- 3) Plasticidad o flexibilidad en el funcionamiento familiar. Se refiere al balance entre la capacidad de una estructura de cambiar y adaptarse a lo nuevo, manteniendo cierta estabilidad, es decir que puede entrar en crisis, crecer y cambiar, pero continúa siendo la misma. Se evalúa si tienen capacidad de aceptar situaciones cambiantes y nuevas propuestas, si hay cambio de roles a lo largo de las tres pruebas, si se permiten cambios en el liderazgo y alianzas en función de la correcta realización del Test.

✓ Observación.

La observación, en tanto método de investigación, permite obtener información sobre un fenómeno o acontecimiento tal y como este se produce (Rodríguez Gómez, 1999).

Rodríguez Gómez (1.999) afirma:

“La observación, como otros procedimientos de recogida de datos, constituye un proceso deliberado y sistemático que ha de estar orientado por una pregunta, propósito o problema. Este problema es el que da sentido a la observación en sí y el que determina aspectos tales como qué se observa, quién es observado, cómo se observa, cuándo se observa, dónde se observa, cuándo se registran las observaciones, qué observaciones se registran, cómo se analizan los datos procedentes de la observación o qué utilidad se da a los datos”.

Por consiguiente, la observación es un procedimiento de recogida de datos que proporciona un recorte de la realidad, focalizado en el fenómeno de estudio. Como tal, tiene carácter selectivo y está guiado por lo que se percibe, de acuerdo a aquello que preocupa al observador.

En la presente investigación la observación se utilizó como método de investigación. La misma se implementó en los denominados grupos de padres, los cuales, se llevaron a cabo una vez a la semana en la mencionada institución. Dichos grupos estuvieron orientados a generar, a partir del trabajo coordinado de los profesionales y las familias, una visión más práctica de la problemática, es decir, centrada en la vida cotidiana, intentando abordar desde la experiencia de cada miembro de la familia, diversas temáticas que van surgiendo en el curso del tratamiento.

El objeto del trabajo en grupos, consiste en que las familias logren una revisión de las estrategias empleadas en relación al síntoma (la adicción) que los lleva a tomar contacto con la institución, así como de los recursos y herramientas que las mismas poseen.

A partir de la observación de estos grupos, se pudieron obtener datos que facilitaron el conocimiento de la estructura y dinámica de cada familia en particular, lo cual, en última instancia, enriqueció la información obtenida de la toma del test de las bolitas.

#### **5.2.4 Procedimiento.**

En un primer momento se tomó contacto con la Lic. Andrea Agrelo, especialista en la temática de adicciones, a fin de recibir asesoramiento respecto de las instituciones en las cuales podría a llevarse a cabo la presente investigación. Dicha profesional sugirió la institución Cable a Tierra, cooperativa de trabajo.

Una vez que se tomó contacto con dicha institución, se llevaron a cabo reuniones con los profesionales que allí prestan sus servicios, a fin de exponer los objetivos que orientarían dicha investigación, así como de informar a los mismos acerca de los requerimientos de la tesista (previamente acordados con la Lic. Agrelo) y al mismo tiempo, de conocer la modalidad de trabajo de los profesionales con las familias que asisten a dicho centro de día.

Los profesionales de la institución, sugirieron la participación de la tesista en el denominado “Grupo de Padres”, a fin de poder considerar y entender a la problemática adictiva desde una perspectiva dinámica, en la cual la familia juega un rol fundamental.

Posteriormente a la inserción de la tesista, en calidad de observadora participante, en dicho grupo, se tomó contacto con las familias que conformarían el grupo de estudio, por cumplir con los requisitos previamente establecidos, y se los invito a participar de la investigación.

El encuentro con las familias se pautó teniendo en cuenta las actividades propias de cada grupo y se llevó a cabo en la institución anteriormente mencionada. Para cada encuentro en particular, se solicitó la presencia del grupo familiar conviviente.

El encuentro con la familia fue abordado desde lo lúdico, por lo cual se utilizó el Test de las bolitas. En cuanto a dicho test, se completaron los protocolos correspondientes a los adolescentes y sus familias, teniendo en cuenta el lenguaje verbal, el lenguaje del tablero y la conducta. Luego se describió la evolución a lo largo de las pruebas de cada una de las familias. En el siguiente apartado sólo se incorporan a manera ilustrativa las fotografías de cada proceso familiar, dejando el resto de los datos del protocolo de cada test (Anexo 1).

Posteriormente, por medio de la Lic. Mónica Valgañón, se estableció contacto con un grupo interdisciplinario del CIAS (DINAF), especializados en el abordaje de adicciones en poblaciones de adolescentes. En el caso particular de dichos profesionales, se los entrevistó, mediante un cuestionario previamente elaborado, a fin de conocer desde que perspectiva llevan a cabo el abordaje de dicha problemática.

En lo que respecta a las entrevistas, el análisis se llevó a cabo desde tres niveles:

- Análisis de contenido.
- Análisis interdisciplinar
- Análisis disciplinar

## CAPITULO VI: PRESENTACION DE RESULTADOS.

En el presente capitulo se expondrán los resultados correspondientes a las técnicas aplicadas en dicho estudio.

En primer lugar, en lo que respecta al Test de las bolitas, se incluirán las figuras correspondientes a cada una de las tres tomas aplicadas a los grupos familiares con el correspondiente análisis de las mismas, desde tres aspectos fundamentales: la estructura, la adaptabilidad y la comunicación familiar.

Posteriormente, en relación a las entrevistas realizadas a profesionales abogados al trabajo con adicciones, se incluirán las tablas de cada pregunta y por otro lado las tablas de frecuencias de palabras analizadas con el procesador de textos TextSTAT. El mismo es un programa informático que permite realizar un análisis de datos cualitativos textuales, obtenidos de diferentes fuentes, ya sea un discurso, un texto literario, una entrevista o un grupo de discusión. (Hüning, 2002, citado en Páramo, 2010).

Las ventajas que ofrece son variadas, principalmente facilita las tareas de recuento de palabras claves, así como también su recuperación y contextualización. El programa permite extraer conclusiones respecto a configuraciones de unidades de significado que se repiten a lo largo de un corpus de datos, cuyo manejo manual resultaría una tarea de complejidad considerable.

### 6.1 Test de las Bolitas.

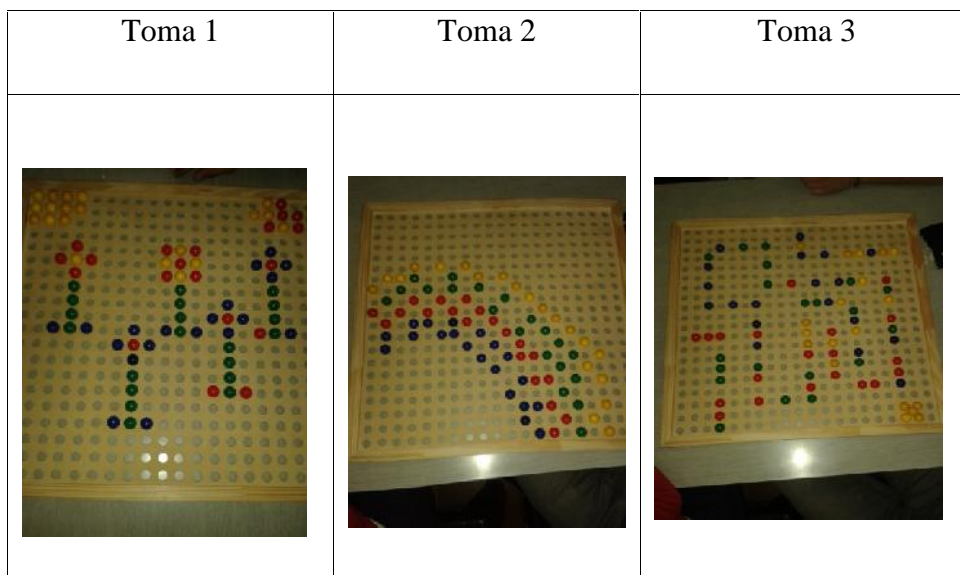


Fig. N°1. Evolución de proceso. Familia 1

#### **Toma 1**

#### Observaciones durante la toma:

Liliana (madre) y Andrés(hermano)tiran todas sus bolitas sobre el tablero, a diferencia de Agustín (paciente identificado- 17 años) y Marcelo(padre) quienes conservan sus bolitas en sus respectivas bolsitas. Comienzan a colocar sus bolitas sin previa planificación. Marcelole indica a Agustín que haga una flor.

Liliana constantemente le pregunta a Agustín y Andrés si les gusta lo que están haciendo, cada idea que surge de ella es consultada con sus hijos, luego de la aprobación procede a pasar a la acción.

Por su parte Marcelo es quien lidera la actividad, quien ha establecido lo que va a producir el grupo y quien hace una gran flor en el centro, lo cual podría interpretarse como el intento de liderar con cierta rigidez, pero fracasa (lo cual puede observarse a lo largo de las producciones).

Agustín espera a que todos coloquen sus bolitas para completar la producción. Se observa aislamiento en la producción del sol, fue lo último que se realizó. Una vez terminado Liliana mueve las bolitas que forman el sol, con el objeto de “arreglar la producción” a lo cual Agustín se opone pidiendo que vuelva a colocar las bolitas en la posición inicial, a lo cual su madre accede.

Dialogan continuamente durante la producción: debaten, exponen sus ideas, critican lo que el otro ha producido.

Andrés constantemente es interrumpido, no logra expresar una idea completa. Les resulta muy difícil escuchar las ideas del otro.

Agustín es quien constantemente recuerda que “es algo que tenemos que hacer todos juntos” y solicita “que no se mezclen las bolitas”.

Esta es la mejor de las tres producciones, ya que son los padres los que se han situado como líderes y son quienes indican como deben realizarse las cosas (puede observarse un establecimiento de roles). Sin embargo, se observa que el paciente identificado queda aislado de la producción (en la figura del sol), de lo cual se infiere que para que la familia opere funcionalmente y queden esclarecidos los roles, la familia debe sacrificar un miembro, es decir, debe quedar excluido del sistema.

## **Toma 2**

### Observaciones durante la toma:

En esta ocasión los cuatro miembros de la familia tiran todas sus bolitas sobre el tablero y toman puñados que acercan a su zona de trabajo. Luego de esto empiezan a planificar. Andrés propone que se haga un arcoíris.

Andrés y Agustín lideran la producción, indicando a sus padres donde deben colocarse las bolitas. Aunque el arcoíris termina orientado hacia el padre.

Agustín es quien coloca sus bolitas en último lugar y sigue solicitando que los colores no se mezclen.

Liliana constantemente consulta como debe colocar sus bolitas y es orientada por sus hijos. Trabaja en alianza con Andrés, le consulta, lo orienta, le sugiere donde colocar sus bolitas.

En esta producción se evidencia una clara regresión en la organización de dicho sistema, los límites y roles internos comienzan a desdibujarse.

Los hijos son quienes asumen el liderazgo y guían la realización de la producción. El padre se sitúa como eje central de la familia, quedando la madre por debajo de la producción, con un rol desdibujado, lo cual sugeriría, que en el ejercicio jerárquico fracasaría en el producto.

En lo que respecta al paciente identificado, el sistema familiar, en esta ocasión, intenta incluirlo a la organización (él es quien va guiando la producción, el constructor), lo cual daría como resultado una producción más pobre, donde resultaría difícil sostener roles (las líneas comienzan a perder su orientación y sentido) y Agustín fracasa en su intento de quedar incluido en el sistema.



### **Toma 3**

#### Observaciones durante la toma:

Comienzan planificando que van a hacer, el padre propone algo recto y Andrés y Agustín algo redondo. Se elige la idea de Andrés. Luego de esta planificación tiran sus bolitas sobre el tablero, salvo Agustín quien las conserva en su bolsita correspondiente.

Durante la toma inicia una discusión entre Agustín y Marcelo, ya que Marcelo intenta dirigir. Liliana intenta mediar, hablando con Marcelo y solicitándole que hagan las cosas como ha propuesto Agustín, quien guía esta producción.

Andrés se mantiene al margen de la discusión, continua hablando de lo que está haciendo, con Agustín sobre todo, y trabaja.

Marcelo junta puñados de bolitas, es el quien distribuye esas bolitas.

Agustín coloca sus bolitas luego de que los otros han colocado las suyas, buscando los agujeritos que están vacíos. Hace un “pacman”, momento con el cual culmina la tercera toma.

Les resulta muy difícil escucharse, hablan uno sobre otro. Esto tiene lugar a lo largo de la producción, lo cual indicaría la ausencia de espacios para escucharse entre los distintos miembros.

La tercera producción es regresiva, los roles han quedado totalmente desdibujados, son los hijos los que han guiado la producción.

### **Interpretación**

De lo anteriormente expuesto puede concluirse que existirían fases del funcionamiento familiar que harían que los miembros reaccionen de manera diversa, con escasa posibilidad de adaptabilidad.

Por un lado puede establecerse que es una familia con recursos para producir, ya que los padres logran una organización, con cierto sostenimiento de roles y límites, y con canales de comunicación abiertos hacia los demás miembros.

Sin embargo, esto sería posible, en el sistema familiar, por la posibilidad de exclusión de uno de los miembros, que tiende a ser sacrificado por el sistema, para su cometido, en este caso sería el paciente identificado.

El padre intentaría sostener su rol liderando con cierta rigidez y control, por otra parte el rol de la madre aparecería desdibujado.

Así mismo, a los padres les resultaría difícil sostener estos roles y primaría una tendencia al desdibujamiento de los mismos con una disfunción de los límites internos, con el consiguiente debilitamiento de la organización jerárquica del sistema en su totalidad.




Toma 1	Toma 2	Toma 3
		

Figura N°2. *Evolución de proceso.* Familia 2.

### **Toma 1**

Observaciones durante la toma:

En la primera prueba la mamá, la hermana y el paciente identificado (18 años), a excepción del padrastro, presionan para trabajar todos juntos, lo cual en última instancia conlleva a la pérdida de claridad en la tarea, esto a su vez es registrado por los miembros de la familia e influye de manera positiva en la ejecución de las siguientes pruebas.

## **Toma 2**

### Observaciones durante la toma

En segunda instancia José (padraastro) toma el liderazgo, y asigna a cada miembro la tarea (parte de la figura a construir con sus bolitas), tanto el proceso como la producción final son rígidos, trabajan con mayor tranquilidad y en silencio a excepción de Vanina (madre) que cuestiona constantemente el liderazgo de José.

## **Toma 3**

### Observaciones durante la toma:

En la tercera toma, el grupo realiza la producción más compleja hasta el momento, se encuentran más motivados para trabajar. Lidera en esta ocasión Carolina (hija), disminuye el clima de tensión que prevalecía en las tomas anteriores y la comunicación es productiva: se consultan, se alientan, se halagan.

### **Interpretación:**

Se trataría de una familia con una gran cantidad de recursos disponibles, sus miembros dispondrían de gran capacidad de adaptabilidad, lo que les permitiría ser flexibles para cambiar de liderazgo y para hacer frente a diversas situaciones. Lo anteriormente mencionado, constituiría un buen índice diagnóstico.

Así mismo, se observarían disfunciones respecto de los roles jerárquicos y de la comunicación:

En cuanto a los primeros, cuando es la madre la que asume el liderazgo, el sistema tiende a desorganizarse y a actuar de manera disfuncional, es ante esta situación que el padrastro tiende a excluirse del sistema, lo cual le permitiría seguir operando saludablemente.

Por otra parte cuando es él quien asume el liderazgo, el sistema tiende a funcionar rígidamente, aunque con mayor funcionalidad. Sin embargo, es él quien tiende a situarse como eje central del grupo familiar, lo cual lleva a un funcionamiento más armonioso del sistema a la vez que más individualista.

En aquellos momentos en los que José opera en alianza con Carolina el sistema se flexibiliza y logran trabajar desde la cooperación, siendo posible el establecimiento de espacios donde la comunicación (que suele ser empleada para criticar, expresar conflictos y agresión) se torna productiva.

En relación al paciente identificado, suele visualizarse en alianza con la madre, lo cual podría traducirse en un apego ambivalente con la misma, ya que es ella con quien se contacta con el sistema y a la vez con quien se dispersa del mismo, quedando aislado.

Aparece la tendencia de que para lograr una organización saludable un miembro debe ser expulsado, siendo el paciente identificado quien generalmente ocupa esta posición.

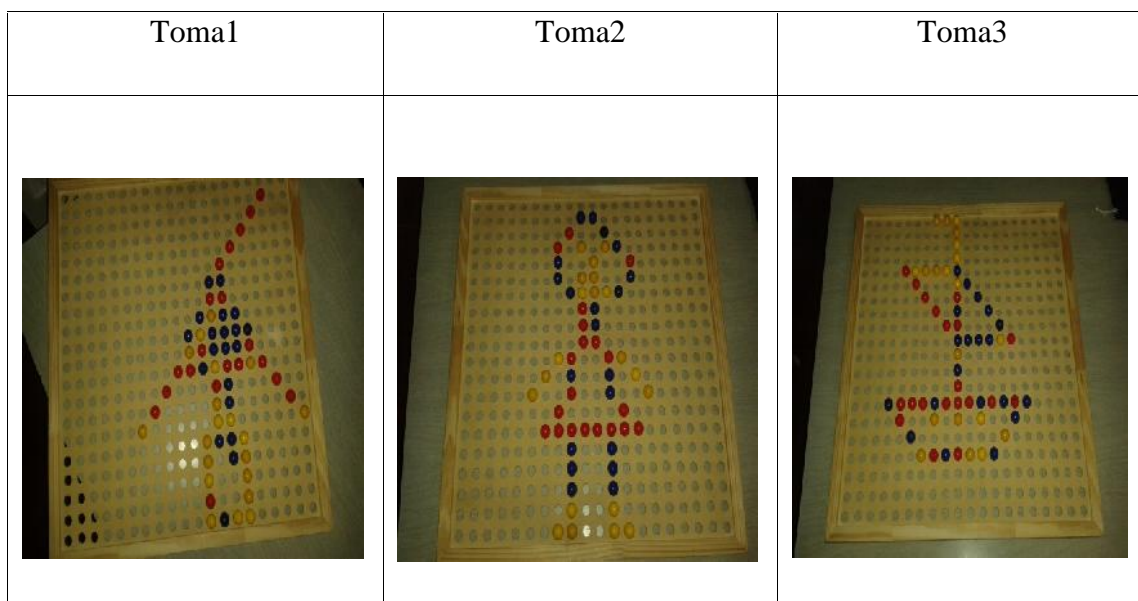


Figura N°3. *Evolución de proceso.* Familia 3.

### **Toma 1**

Observaciones durante la toma:

En la primera prueba el grupo comienza a colocar sus bolitas arbitrariamente sobre el tablero, ante el “caos” y la falta de sentido que comienza a adoptar la producción, el padre intenta asumir el liderazgo y propone planificar. Es a partir de este momento que la familia empieza a emplear la comunicación de manera más productiva.

Sobre lo que vienen realizando, Lucas (paciente identificado, 15 años) descubre una flecha que propone continuar y esto es aprobado por su madre.

Colocan las bolitas siguiendo una secuencia y cuando uno de los miembros coloca una bolita de más, surge la crítica de los otros miembros.

Lucas y María trabajan en alianza, lo cual es constantemente cuestionado por el padre y al respecto argumenta: “yo trate de salirme todo el tiempo de la flecha”. Entre Lucas y Daniel surge una disputa por el liderazgo.

Cuando comienzan a analizar lo que han producido todos juntos, comienzan a registrar que la falta de comunicación en la realización de la tarea ha derivado en algo que carece de sentido, pero la madre argumenta que siente que lo producido logra representarlos.

En esta primera producción iniciarían aglutinados, observándose una disfunción en el holón parental: el padre permanece periférico en relación a la alianza materno-filial que predominaría.

## **Toma 2**

### *Observaciones durante la toma:*

En la segunda toma, el padre intentaría asumir nuevamente el liderazgo. Lucas es quien comienza colocando arbitrariamente sus bolitas en el tablero y establece que va a realizar una persona y en función de esto los padres comienzan a planificar como van a realizarla.

Lucas continúa colocando sus bolitas. Establece que va a hacer la parte inferior y señala a sus padres los límites dentro de los cuales pueden trabajar y colocar sus bolitas.

Lucas se sitúa como el eje que sostiene la producción (pies), lo cual sugiere la idea de inestabilidad del sistema, ya que los pies son muy pequeños y la figura realizada es de gran tamaño (ocupando la totalidad del tablero).

Se observan alianzas cambiantes, por momentos los padres trabajan en alianza, intentando sostener sus roles, por momentos esto cambia y uno de los padres trabaja en alianza con Lucas, lo cual se manifiesta en críticas a la producción del miembro que queda excluido de dicha alianza.

En esta segunda producción, que es mayormente liderada por el padre, la familia logra salir del aglutinamiento previo, lo cual sería posibilitado por el rompimiento de alianzas internas (que los mantenían muy pegados unos a otros). Es decir, que habría flexibilidad en este grupo familiar, lo que posibilitaría a los diversos miembros, ante diversas situaciones, cambiar el liderazgo, logrando mayor diferenciación entre las individualidades.

Así mismo, es importante aclarar, que el contacto entre los miembros del grupo continua siendo graduado y poco intenso. Se observa, aun, escaso contacto en la diada paterno-conyugal.

### **Toma 3**

#### Observaciones durante la toma:

María propone hacer un barco, ante el intento de Lucas de colocar la primera bolita, la madre establece que ella propuso lo que se va a hacer y que por lo tanto, es quien va a colocar la primera bolita en el tablero, es decir, que es ella quien se situaría como líder de esta última prueba.

María con sus bolitas hace la estructura del barco y Lucas y el padre “rellenan” la figura.

La madre hace una vela y Lucas y Daniel hace la otra vela pero en sentido opuesto (hacia arriba).



### **Interpretación**

Puede establecerse que los miembros del grupo poseerían la capacidad de planificar sus acciones y coordinar su actividad a un fin común.

En un primer momento iniciarían aglutinados observándose dificultad por parte de los padres para sostener sus roles y establecer límites, ya que es Lucas quien determina lo que va a realizarse y es el primero y último en colocar sus bolitas en el tablero.

Cuando el padre propone planificar, es decir, cuando es él quien lidera la actividad grupal, los miembros, logran una mayor diferenciación (discriminación yo- no yo).

Lo anteriormente mencionado, daría cuenta de una familia con niveles de flexibilidad variable, para adaptarse a situaciones diversas; esto posibilitaría que dentro del sistema tengan lugar cambios de roles, así como la presencia de alianzas y coaliciones variables.

Se observa, sin embargo, en dicho sistema familiar, una clara dificultad en el sostenimiento de estos roles, lo cual se intentaría lograr mediante un riguroso control, lo cual suele resultar (tal y como se observa en la primera figura) en un caos irreconocible.

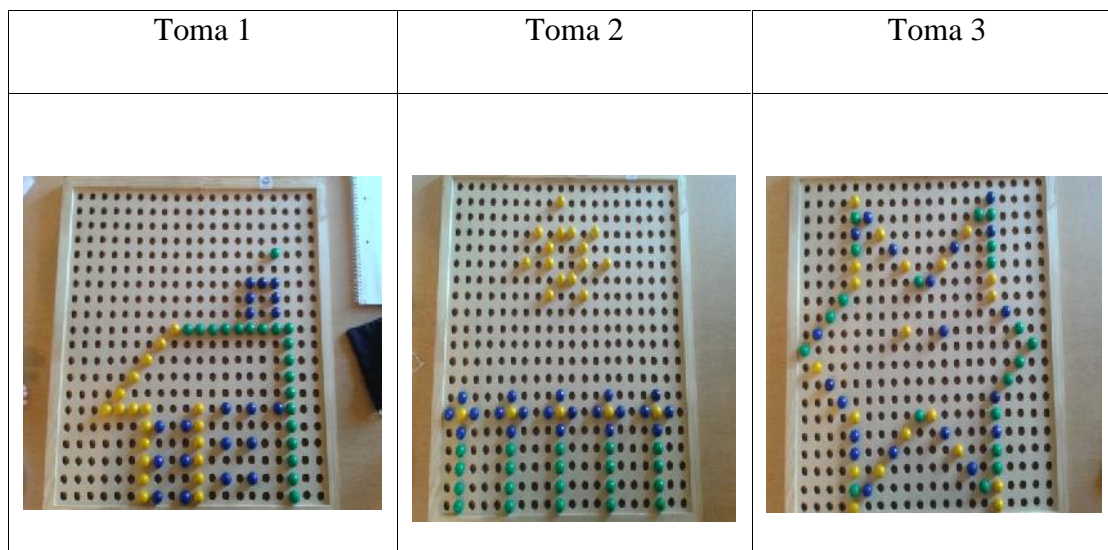


Figura N°4. Evolución de proceso. Familia 4.

### **Toma 1**

Observaciones durante la toma:

En esta primera toma, es Sebastián (paciente identificado, 16 años) quien propone que se haga una casa, es decir, que hay planificación. La hermana es quien inicia colocando las bolitas, lo cual es criticado por parte de Sebastián, quien sugiere cómo quiere que se realice dicha casa.

Trabajan mayormente en silencio, esperando a que uno termine de colocar sus bolitas para que otro miembro empiece a colocar las suyas (lo cual sugeriría un gran esfuerzo por parte de los miembros para establecer y mantener vínculos estables entre sí). En primer lugar coloca sus bolitas el paciente identificado, luego su hermana y finalmente la madre.

Sin embargo, cuando emplean la comunicación lo hacen de forma productiva, es decir, buscan expresar sus emociones, opiniones, sugerencias, etc.

Los colores han sido utilizados para diferenciar partes de la figura, el grado de diferenciación entre los miembros de esta familia es tan grande que se hallan desligados entre sí.

En relación a esta primera producción, puede establecerse que el rol materno estaría desdibujado, la mamá es la última en colocar sus bolitas y quedan a su cargo los detalles de la casa, lo cuales no son logrados óptimamente, lo cual sugeriría la dificultad de este miembro para hallar un espacio en dicho sistema, con una marcada dificultad, por consiguiente, en el establecimiento, definición y sostenimiento de un rol.

## **Toma 2**

### *Observaciones durante la toma:*

Antes de colocar sus bolitas en el tablero planifican, analizan diversas opciones. Finalmente Sebastián propone que se hagan flores, su hermana expresa su acuerdo.

La madre propone que cada uno haga una parte de la flor, ante lo cual Sebastián expresa su desacuerdo.

Carina es quien comienza a colocar sus bolitas (hace los tallos), Sebastián las orienta a ambas sobre dónde y cómo colocar sus bolitas, ambas acceden sin cuestionamientos.

Cuando la hermana y la madre terminan de colocar sus bolitas, Sebastián expresa que tiene aún muchas bolitas y decide que va a hacer un sol, en cuya construcción emplea gran cantidad de tiempo.

La madre argumenta “Sebastián se llevó la peor parte, tenía que ver que hacía con las bolitas sobrantes”

En esta ocasión el grupo logra una producción con mayor impresión estética que la anterior. Sin embargo, existiría una gran diferenciación entre los miembros del grupo, quedando el paciente identificado aislado del grupo.

Sebastián trabaja en alianza con su mamá, pero convalida su propio lugar, es decir, o está aislado del sistema o se sitúa como centro del grupo, ocupando un lugar de poder.

Los escasos contactos que establecen los miembros de dicho sistema, así como la posición que ocupa el paciente identificado en dicha producción, darían cuenta de la falta de cuidados parentales así como de la ausencia de relevos funcionales de los mismos.

### **Toma 3**

#### Observaciones durante la toma:

Planifican que van a hacer. La madre propone hacer formas circulares y luego Carina propone hacer una estrella de colores.

Sebastián le sugiere a su hermana hacer una cruz en el centro que sirva como estructura para sostener la estrella.

Al finalizar la estrella Sebastián agrega dos bolitas que argumenta que “son los ojos de la estrella”

La madre destaca constantemente el esfuerzo que hizo Sebastián, ya que resalta que “para él es más difícil, a él le toco lo más difícil”.

En esta producción los miembros logran funcionar con un mayor grado de integración entre sí, sin embargo, la producción lograda da cuenta de una mala resolución de la realidad por parte de esta familia, esto sugeriría que cuando la familia logra una mayor integración dejaría de operar funcionalmente, teniendo lugar una mala producción.

### **Interpretación**

A lo largo de toda la prueba este grupo familiar logra planificar y las producciones tienden a conservar la buena forma.

Pese a lo anteriormente mencionado, puede establecerse, que a través de toda la prueba los contactos entre los miembros de la familia son escasos.

El paciente identificado tendería a quedar aislado de dicho sistema.

Por otra parte, cuando intentan un funcionamiento con mayor integración, logran un contenido cuyas características darían cuenta de una mala resolución del mundo propio, es decir, lograrían una buena forma, sin embargo, el contenido no se adaptaría a la realidad.

Esto sugeriría que la familia podría funcionar como un “como si”, es decir, que existiría un enmascaramiento de síntomas. En este funcionar desde un “como si”, quedarían representadas partes diferenciadas, lo cual en apariencia, sugeriría la existencia de una óptima diferenciación entre sus miembros, sin embargo, queda expresado en la producción, un desdibujamiento del rol parental y un marcado aislamiento del sistema del paciente identificado, dando cuenta de una ausencia de patrones internos de regulación entre los miembros.

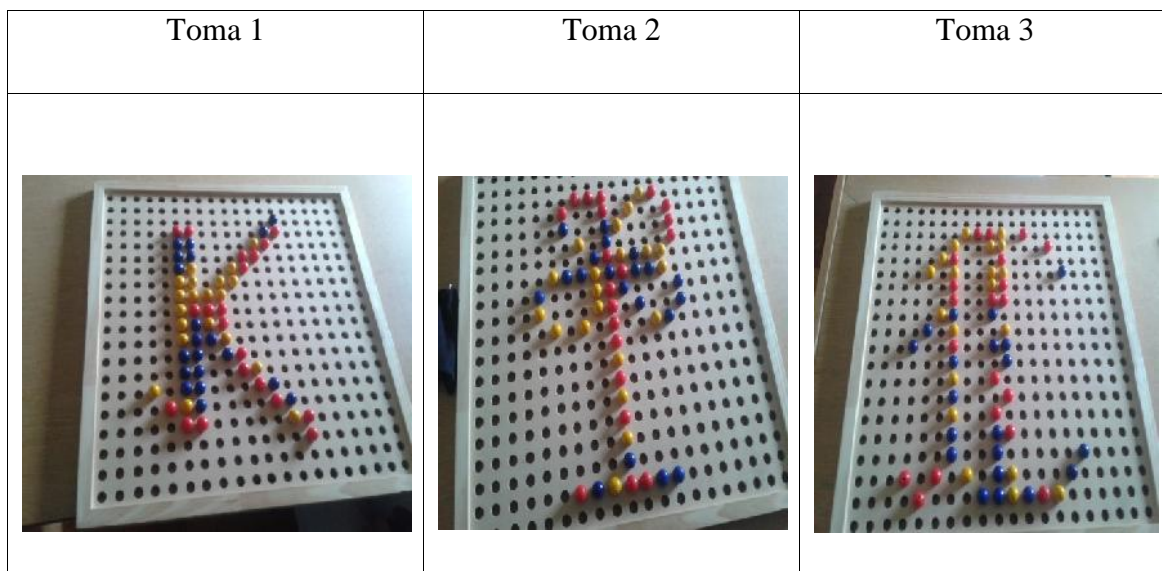


Figura N°5. Evolución de proceso. Familia 5.

### **Toma 1**

Observaciones durante la toma:

Una vez emitida la consigna, Miriam (madre) comienza colocando, de manera arbitraria, sus bolitas sobre los orificios del tablero. Ante esto Kevin (paciente identificado, 15 años) propone hacer una K de Kevin. Los padres aceptan su propuesta y comienzan a colocar las bolitas en el tablero.

Trabajan la mayor parte de la prueba en silencio, en especial Carlos (padre).

Kevin habla con Miriam, el tono de voz empleado es muy bajo. En estas ocasiones la comunicación es empleada para consultar y sugerir al otro.

Se puede observar que las bolitas son colocadas arbitrariamente unas muy próximas a las demás, en relación a esto puede establecerse que, a nivel del lenguaje tablero, se observa un aglutinamiento entre los miembros de la familia con una pobre diferenciación entre los mismos, lo cual sugeriría que la familia funcionaría de forma más bien inestable.

Así mismo habría dificultad en la definición y sostenimiento de los roles. En esta ocasión es Kevin quien establece lo que va a hacerse y guía la producción. Se observa también disfunción en el holón parental, escasamente vinculado.

## **Toma 2**

### *Observaciones durante la toma:*

En este caso si bien es Kevin quien propone lo que va a realizarse es Miriam quien guía lo que se va produciendo, aunque refiere que “costo más, nunca habíamos hecho esto”.

Emplean la comunicación de forma productiva, para consultar, orientar y corregir.

En dicha producción, la familia puede abandonar la estructura compacta, observándose un aumento en la flexibilidad y diferenciación entre los miembros, lo cual quedaría expresado en una producción más estética.

De esto puede inferirse que Miriam logra un posicionamiento en su rol, lo cual, a nivel de la organización del grupo familiar, supone mayor diferenciación entre los miembros. El adolescente establece alianza diádica con su madre principalmente, aunque también, por momentos, trabaja diádicamente con su papá, lo cual, al igual que en la primera producción, sugeriría conflicto conyugal.

### **Toma 3**

#### Observaciones durante la toma:

En esta ocasión Kevin propone hacer la C de “Carlos”, su madre expresa no estar muy convencida, pero Kevin busca su aprobación.

Kevin propone armar sobre el tablero el dibujo de una C que tiene tatuada un familiar. Su madre expresa finalmente su acuerdo.

Miriam orienta y guía a Kevin, quien comienza colocando sus bolitas. Por otra parte, cuando Carlos coloca sus bolitas se lo tiende a criticar y se solicita que modifique la posición de sus bolitas sobre el tablero, Miriam suele decirle que sus bolitas “están fuera de lugar”.

En relación a la prueba anterior, puede decirse que existiría una dificultad por parte de los miembros para el sostenimiento de la diferenciación e individualidad, los mismos tenderían a diferenciarse con un funcionamiento aislado entre ellos. Así mismo, existiría una clara dificultad en el establecimiento de roles, sobre todo por parte del padre, quien queda, además excluido de la alianza madre –hijo.

Se observa rigidez en este tipo de funcionamiento familiar.



## **Interpretación**

En relación a este sistema familiar podría establecerse que los miembros poseerían recursos que les permitirían desenvolverse funcionalmente a través de diversas situaciones.

Más allá de lo anteriormente indicado, puede mencionarse que pese a que poseen dichos recursos, el funcionamiento familiar actual se caracterizaría por la presencia de procesos de enquistamiento, predominando la rigidez; lo que impediría que la familia logre un progreso a lo largo de las producciones.

Esto, implicaría, que ante diversas situaciones, la respuesta por resolver problemas de diversa índole, por parte de la familia, no supongan resultados funcionales, ya que tienden a moverse en extremo, a entender, o se aglutinan o, por el contrario, predomina la tendencia a salir del sistema (quedando aislados).

En lo que respecta a la pareja conyugal, se pondría de manifiesto un conflicto, dado que en ningún momento se vinculan entre sí, sino que tienden a establecer alianzas diádicas con su hijo por separado.

## **6.2 Entrevistas.**

### **6.2.1 Análisis de Contenido**

A continuación de cada tabla se realizará una descripción de los resultados.

Tabla N° 1: Cualidades que debe tener el profesional que trabaje en adicciones.Pregunta 1.

	Psicólogo	Psiquiatra	Trabajador social
Pregunta 1	Comprensivo- respetuoso- empático- inteligente- pragmático.	Tiene que tener capacidad de empatía, tiene que tener muchos conocimientos, tiene que ser dedicado y bastante abierto, tiene que trabajar interdisciplinariamente. Con eso yo creo que alcanza	Con experiencia, básicamente en el trabajo con adolescentes, con adolescentes con problemáticas de conducta. Con conocimiento en trabajo comunitario y en redes. Tiene que tener una formación en terapias motivacionales. Amplitud en criterios y para un trabajo interdisciplinario. Con una formación permanente, no solamente en la temática particular del tema de la adicción, de las drogas nuevas, además también en toda la capacitación de salud mental.

En relación a aquellas características que los profesionales consideran fundamentales en relación al trabajo con adicciones se destacan la empatía, la adquisición y manejo de conocimientos, la apertura de criterios y el trabajo interdisciplinario.

Tabla N° 2: Recursos profesionales.Pregunta 2.

Pregunta 2	De recursos, yo creo que tiene básicamente que ver con el tema del trabajar sobre resolución de problemas y eso, lo que son enfoques de terapia breve, cognitiva y enfocado a lo que tiene que ver con el tratamiento de reducción de daños e intervenciones motivacionales, que es lo que hacemos nosotros en	Los conocimientos, ese es el recurso más importante que yo tengo	Nos ha favorecido mucho el tema de la formación en la especialidad. Acá han fomentado y han insistido mucho en que nosotros nos capacitemos y nos perfeccionemos. A nivel de recursos, para la formación hemos tenido, pero para la implementación, digamos, del trabajo, de la tarea concreta, tenemos bastantes dificultades
------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	eso.		porque no siempre tenemos los lugares como para... un ámbito de tratamiento que sea eficiente.
--	------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación a esta pregunta, los tres efectores de la salud destacan como aspecto fundamental la formación y la capacitación en la especialidad.

Desde el punto de vista comparativo, puede establecerse que el abordaje de la temática desde una perspectiva interdisciplinaria supone la presencia de una especificidad en la disciplina, sin que ello implique una discordancia en el abordaje. Lo que sugiere la idea de especificidad de criterios y la complementariedad del abordaje.

Tabla N°3: Limitaciones. Pregunta 3.

Pregunta 3	Limitaciones, creo que tienen que ver... lo que uno encuentra tiene mucho que ver con patologías severas, por ejemplo, o patologías duales, con problemáticas de contexto y disfunciones familiares graves. Donde por ahí las intervenciones se hacen muy difíciles. Y bueno, los niveles de motivación y de problematizar el consumo de sustancias es algo clave, si no está problematizado, o sea, en la persona con la que estás trabajando, si eso no es un problema y esta como complicado intervenir.	Y, en realidad, muchas veces en los pacientes que vemos acá, el medio en el cual ellos viven, ¿sí?, me parece que el medio familiar es como lo que más tenemos... como lo que más nos complica.	Las limitaciones tienen que ver con el poco conocimiento que existe en el resto de profesionales o de operadores o personal de hogares en este caso, que tienen sobre la temática y que tampoco hay mucho interés en conocer, y por ahí poder ayudar a modificar algunas cosas, entonces eso para nosotros es una limitación. Los espacios físicos para el tratamiento, es otra dificultad, los espacios institucionales, públicos o privados, para atender problemáticas de salud mental adolescente... en la provincia de Mendoza eso es una carencia a los dos niveles, público y privado, tanto para la problemáticas de conducta graves, como para problemáticas psiquiátricas o problemáticas duales, psiquiátricas más una problemática de adicción, tanto para hacer un tratamiento como para hacer un diagnóstico, nada más que eso.
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación a las limitaciones vinculadas al tratamiento de la problemática adictiva, nuevamente, se hace hincapié en la especificidad de la profesión.

Lo que cabe destacar en relación a las respuestas brindadas por los profesionales, es el alto nivel de complementariedad que existe entre las mismas. En lo que respecta al psicólogo focaliza su intervención en las patologías individuales para centrarse progresivamente en el contexto y los aspectos saludables de la persona. El psiquiatra hace especial énfasis en el hecho de que las limitaciones radican en el contexto familiar y la trabajadora social fundamenta que las limitaciones se vinculan con el personal y el espacio físico institucional.

Tabla N°4: Aspectos a atender en un tratamiento con fines al a recuperación.

Pregunta 4

<p>Pregunta 4</p>	<p>A los intereses de esa persona. Los intereses, las características a niveles...psicopatológicos, digamos recursos. el pensar en lo que tiene que ver con los recursos y con las características más positivas o asertivas que tiene una persona, como para poder trabajar sobre esos aspectos y no sobre cosas traumáticas. Osea, no es que las cosas traumáticas uno no las toque, uno las trabaja, pero yo soy un convencido de que si vos estas trabajando sobre las fortalezas y fomentas que esos espacios se generen, los factores protectores, por ejemplo, se generen, se potencien cada vez más, es mucho más factible un cambio positivo en lo que tiene que ver o con la reducción del consumo o con la abstinencia que si no lo trabajas desde ese lado.</p>	<p>Me parece que lo primero sería tratar de ver cuál es la etiología, de por qué tiene problemas con la sustancia, ¿sí?, que en distintos jóvenes, las causas serian distintas y tratar de encararlo por ese lado.</p>	<p>por un lado tenemos al sujeto, digamos que tiene la problemática de consumo y la problemática de consumo, a ver, ya se ha modificado en términos del tema de la adicción por problemática de consumo, porque la problemática de consumo digamos, el concepto es mucho más amplio, habla de una problemática que él tiene. Esa situación se debe modificar, a ver, si es un adolescente debe ser reinsertado en el ciclo escolar, y con alguna actividad, ya sea deportiva, recreativa o laboral. Pero esto no sirve de nada, si a su vez, por el otro lado, que es la parte familiar, no se modifican algunas instancias que también han contribuido a que esta situación, de problemática de consumo se de en el joven</p>
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A nivel individual cada profesional, propone un abordaje desde su especialidad, desde esta perspectiva el psicólogo puntualiza en la persona, sus intereses, sus recursos con miras a la potencialización de dichos recursos, es decir, que centraría su abordaje en los aspectos saludables de esa persona. Por su parte, el médico psiquiatra fundamenta que aquellos aspectos que es primordial atender para contribuir a la recuperación de la persona con conductas adictivas, se centran en la etiología y el origen del consumo. En lo que respecta a la trabajadora social amplia el panorama atendiendo diversas dimensiones, es decir, propone que no solo debe atenderse a la persona con este tipo de conductas de riesgo, sino que también plantea como necesaria la reinserción de ese adolescente en las diversas esferas sociales haciendo especial hincapié en la familia.

Esto pone de manifiesto la alta complementariedad de las intervenciones.

Tabla N° 5: Técnicas más efectivas. Pregunta 5.

<p>Pregunta 5</p>	<p>Lo que son las entrevistas motivacionales, me parece que es como algo clave, eh... el trabajar sobre lo que son alternativas de resolución. A mí me gusta mucho lo que tiene que ver con el análisis multidimensional, trabajamos bastante con niveles de diagnóstico a niveles de Prochaska, básicamente lo que es estrategias de intervención, osea, más lo que es terapia estratégica</p>	<p>Yo lo que más uso es la medicación, entonces, eso es lo que me ha ayudado más a mí, y por ende al paciente.</p>	<p>el tratamiento motivacional que nosotros hacemos... no tenemos una demanda voluntaria, es mandado obligado, asique si o si tenemos que hacer un tratamiento motivacional, que nos resulta, diría, en el 70% de los casos. La otra que nos ha dado bastante resultado es talleres para padres, nosotros hacemos, junto con la gente del sistema de responsabilidad penal juvenil, talleres para padres y en donde hemos podido hacer algunas modificaciones o intervenciones a través de los papas. Y con los chicos, la tarea grupal, más que nada referida al conocimiento y a la prevención</p>
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En lo que atañe a las técnicas mayormente empleadas para el abordaje de la problemática del consumo, dos de los profesionales establecen la importancia de llevar a cabo sus abordajes enfocados en la terapia motivacional. El profesional restante fundamenta que la técnica a través de la cual se obtienen resultados positivos está estrictamente vinculada con la medicación, lo cual lleva a la consideración de una mirada centrada en la enfermedad.

Desde esta perspectiva puede establecerse, que la intervención llevada a cabo desde las técnicas específicas de cada disciplina en particular, no garantiza el abordaje integral de la problemática. Sin embargo, cuando el aporte de cada disciplina se complementa con el de los otros profesionales se abarcan los aspectos, físicos, psíquicos y sociales.

Tabla N° 6: Fracasos.Preguntas 6 y 7.

<p>Pregunta 6</p>	<p>Una situación de fracaso, creo que muchas veces tiene que ver el trabajo nuestro, en general, con los chicos que nosotros trabajamos tiene...es bastante frustrante de por sí; por esto, porque por ahí existen otro tipo de complicaciones previas ¿viste?, trastornos de conducta, conflictos con la ley, estrategias de calle, o sea, es bastante complejo en eso. Y creo que los fracasos básicamente, yo considero que el concepto de resistencia en psicología tiene que ver con una interacción, no solamente la persona que uno tiene como paciente, o trabajando con uno, sino también tiene que ver con las propias limitaciones de uno.</p>	<p>En muchísimos, pero muchísimos casos, me parece que, a ver, por confiar en los pacientes ¿sí?, después aprendí como que todos, de alguna manera, no sé si la palabra es mentir, pero me mienten... siempre creer algunas cosas...y bueno, hasta que entendí que por ahí la recaída que tenían los pacientes era parte del tratamiento.</p>	<p>Fracasamos... fracasamos cuando hemos llegado... digamos, cuando la intervención ha sido muy muy tarde y digamos que no, ya digamos que esta... es un joven que esta con una situación de adicción, a ver, no solamente a nivel de deterioro estamos hablando, deterioro psíquico, deterioro físico sino a niveles de deterioro en los vínculos familiares, sociales, transgresiones a la ley, a las normas; y ya el sentido de la vida, o de lo bueno y de lo malo está bastante desdibujado, entonces, es muy difícil hacer algún tipo de intervenciones exitosas en esos casos.</p>
-----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Entonces eso, a veces, lleva a sesgar como ciertas percepciones que uno puede llegar a tener, como muy marcado por aspectos subjetivos que te llevan a fracasar; al no saber interpretar cuales son los puntos de cambio del paciente seria.</p> <p>Eso por un lado, para que no suene tan categórico decir la culpa es del terapeuta, porque yo creo que nosotros tenemos mucho que ver con eso, pero también tiene mucho que ver estas otras situaciones a nivel de contexto , de familia, de cómo esta conceptualizado el consumo de sustancias o el manejo de los limites dentro de una familia.</p> <p>Si uno no trabaja sobre esa situación, más a nivel social, más allá de lo terapéutico, si uno no trabaja sobre las cuestiones de contexto, familia, es muy difícil.</p>		
<p>Pregunta 7</p>	<p>Bueno, esto, creo que tiene que ver también, con esto de, del por ahí de los apuros de las circunstancias institucionales o instrucciones a nivel del juzgado, nosotros trabajamos mucho con eso, por ahí, a veces, uno pierde de vista quien es la persona que uno tiene adelante.</p> <p>Entonces, cuando uno ha perdido de vista eso, está complicado.</p> <p>Creo que también tiene que ver con nuestra responsabilidad profesional ver como uno puede llegar a intervenir, aunque sea mínimamente...para dejar algo ahí, que en algún momento se movilice. Hay veces que se logra y hay veces que no.</p>	<p>No, a lo mejor estar más atento a algunas cosas, estar más encima del paciente, dedicarle más tiempo o más recurso de otro tipo.</p>	<p>Creo que de alguna manera nos sumamos a todos los engranajes que también fracasaron en esa vida que le toco vivir a ese chico, esa familia y somos un elemento más del fracaso. Y eso, yo creo, es algo que nos tenemos que replantear porque, antes que nosotros fracasaron intervenciones en DINAF, intervenciones de juzgados, intervenciones de escuelas, intervenciones de barrios, de profesionales en los centros de salud, y bueno, nosotros también nos sumamos a eso de... a esos fracasos, sin saber o sin poder, por ahí también, mayores elementos, como para hacer alguna intervención que pudiera ser exitosa, por ahí nos encontramos entrampado en eso.</p>

En cuanto a la temática de fracasos, los profesionales coinciden en considerar que los mismos son atribuibles a una serie de factores diversos, sin embargo, y atendiendo a la especialidad, el psicólogo es quien atribuye responsabilidad al propio accionar y a las limitaciones personales, por otra parte, los profesionales restantes atribuyen las causas, principalmente, al medio y a la persona.

Tabla N° 7: Trabajo en equipo. Preguntas 8 y 9

<p>Pregunta 8</p>	<p>De ayuda, muchísima. Este trabajo, no se puede sostener individualmente: caer en psicologismos, no sirve, caer en medicinismo no sirve, caer en cosas sociales y que determinan el contexto solamente no sirve, porque bueno, es una patología, no solamente en el consumo de sustancias, sino en lo que tiene que ver con la mayoría de las cosas, es una cuestión multicausal, entonces, en este tipo.</p> <p>Por más que uno esté en el consultorio, si uno no lo va coordinando, con la familia, con otros profesionales de salud, que tengan que tener intervención ahí la escuela también, digo, todo este tipo de cosas quedas como muy mal parado.</p> <p>Y las dificultades tienen que ver, bueno con las diferencias de criterio de intervención, que eso es parte del trabajo en equipo, osea, llegar a acuerdos. Creo que lo difícil es aunar criterios, eso es lo más complicado</p>	<p>En todo me ayuda, en nada me limita.</p>	<p>Yo no siento que me limite, yo siento siempre que suma. Jamás he trabajado sola, y es más, la modalidad de esta institución es la tarea en equipo, interdisciplinaria. Este trabajo no se puede hacer pensándolo desde una sola línea, desde una sola intervención, lo tenemos que pensar desde todos.</p> <p>El tema de la información y el discurso que tenemos que tener todos, más allá de la intervención que hagamos particularmente de acuerdo a la especialidad que uno tiene, es fundamental en lograr, digamos, abordar todo el espectro que podamos y tener alguna posibilidad de éxito.</p> <p>Las familias que nosotros abordamos, los jóvenes que nosotros abordamos, la problemática es tan variada, es tan amplia, viene de tantos años atrás, ha tocado tantas cosas que es imposible que alguien solo, sea el mejor especialista, no piense en trabajar con otro.</p>
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>Pregunta 9</p>	<p>A mí me gusta trabajar con mis colegas, y me encanta trabajar con Eduardo, uno aprende muchísimo del médico psiquiatra, aprendo mucho de mis colegas, aprendo mucho de un operador, osea es, me gusta, a mí me gusta trabajar, obviamente es un problema, es un ámbito de trabajo más específico con un cuidador hospitalario, a mí me gustan esos trabajos.</p>	<p>Sí, no, no. Con las que trabajo, yo trabajo con psicólogos y trabajadores sociales</p>	<p>Tengo buena experiencia de trabajo con todos, tengo buena experiencia de trabajo con los colegas míos, con los psicólogos, con los psiquiatras, con los médicos. Ahora bien, mi trabajo se complementa con el trabajo de un psicólogo. La tarea de un trabajador social, digamos acá, en esta institución, es complementaria con la tarea del profesional de la psicología. En el caso mío, yo siento que me complemento más con el profesional de la psicología.</p>
-------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En lo referido al trabajo interdisciplinario, la totalidad de los profesionales coincide en afirmar que el trabajo con otros especialistas contribuye al desarrollo positivo de la tarea, dada la complejidad de la temática a abordar.

Sin embargo, el psicólogo establece que una dificultad a la hora de trabajar interdisciplinariamente tiene que ver con la diversidad de criterios, dada por la especialidad. Se destaca la importancia del trabajo con el otro profesional, para abordar la temática desde distintas perspectivas.

Desde esta mirada, la especialidad surgiría como una limitación que viene a ser enriquecida por la mirada y el punto de vista de la otra disciplina.

En relación a los profesionales con los que prefieren trabajar en los tres casos, se destaca al profesional de la psicología y en el caso del psicólogo considera fundamental la mirada desde lo biológico.

Tabla N° 8: Estrategias para conocer recursos saludables.Pregunta 10

<p>Pregunta 10</p>	<p>Ahí hay varias cosas, a ver, que es lo que nosotros le llamamos factores protectores, por ejemplo, el análisis de los factores protectores es como clave. Primero conocer la historia de la familia, si hay consumo de sustancias, legales o ilegales dentro de la familia, en qué</p>	<p>La entrevista. Me parece que lo... hacer entrevistas con la familia y conocer bien la familia es lo que más nos aporta de ver que es lo que necesitan, que es lo que pasa y cuál es la problemática</p>	<p>En principio, lo que intentamos conocer es quien es la referencia más potable para trabajar, o con quien contamos, no siempre contamos con todo el grupo familiar, o con los dos padres. Eso, ¿cómo lo conocemos?, a través de los intereses o de las referencias que nos hace el chico, cuando el habla de sus</p>
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>nivel: si hay consumos, abusos, o si hay dependencia, si hay antecedentes psiquiátricos, como conceptualizan el consumo de sustancias, o sea, que significación le dan, digamos, a esas situaciones.</p> <p>Ver si los padres trabajan, en que trabajan, si van los chicos a la escuela, que hacen si abandonan la escuela, como conceptualizan esto de que fumen o que no fumen o que se alcoholice o no se alcoholice, ver las etapas evolutivas de la pareja, también, como papa esas cosas son muy importantes. Las ubicaciones del sistema familiar y que lugares ocupa cada uno es muy importante saberlo</p>		<p>relaciones familiares. otra cosa que usamos mucho es referenciamos con los profesionales que han trabajado previo a nosotros y con quienes han trabajado, digamos... para saber quién es el más potable de las personas y a partir de eso, bueno, empezamos a tener una... un contacto con ellos, contándoles, digamos, sumándolos al trabajo que estamos haciendo</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación a las estrategias empleadas por dichos profesionales para conocer los recursos de los adolescentes con conductas de consumo, el psiquiatra mencionó a la entrevista como la técnica más efectiva.

Por otra parte el psicólogo, estableció como fundamental abocarse a la historia familiar, del mismo modo, la trabajadora social consideró que en el tratamiento de las adicciones es importante atender a aquellas personas que constituyan referentes para el adolescente a fin de hacerlos partícipes del tratamiento.

Desde esta perspectiva puede considerarse que un aspecto importante a tener en cuenta en el abordaje de dicha temática implica atender a la familia, considerada no sólo como un factor de riesgo sino también protector.

Independientemente de la especialidad, puede destacarse la complementariedad en el trabajo de los profesionales, en el hecho de trabajar no solo con el adolescente sino también con su contexto y vínculos más próximos.

Tabla N° 9: Recursos saludables de la familia. Pregunta 11

<p>Pregunta 11</p>	<p>El tema del trabajo, como saludable. Yo creo que generalmente tienen una... un interés importante en que, la mayoría de las familias, de que los chicos no caigan en el consumo problemático o en una adicción, esas son cosas importantes. Por ahí los movimientos que hacen no son los adecuados, a ver, o las pautas que han venido sosteniendo anteriormente no han sido las adecuadas pero esto, el tener de prioridad el tema de la escuela o los controles sanitarios de salud, el apego, la capacidad de dialogo, por ejemplo, eso es clave</p>	<p>Y cuando hay continencia, cuando hay amor, cuando hay algún tipo de conocimientos, como para poder encarar el problema, cuando hay dedicación, que tengan medios económicos también ayuda, porque muchas veces no están, que estén presentes sería lo primero, afectos .</p>	<p>Los hermanos, suelen ser un factor protector, de alguna manera. Tenemos muchas familias en donde otro de los chicos más grandes que ese adolescente, que tienen hermanos que están en el penal con una historia similar a este joven que tenemos en este momento, entonces, mirado desde esa perspectiva el pronóstico es bastante malo. Pero a su vez tenemos hermanos más chicos, entonces son visualizados como “no queremos que, si lo hablamos desde el chico, desde el joven, no queremos que mi hermanito, mi hermanita haga lo mismo”. La otra cosa es cuál ha sido la relación que él ha tenido con la figura materna. La figura materna es un elemento importante. Si ha habido una figura manera bastante ausente o violenta o que se murió, digamos, o que los abandono eso es un elemento que es muy difícil de trabajarlo con un adolescente y con un pronóstico malo. Ahora, si ha sido una madre medianamente presente, contenedora con los chicos, que esta, que la tenemos en ese momento, los chicos, digamos, el tema de que la madre sufra, llore porque él está ahí, que lo venga a ver, que le hagan una requisa o que a la madre le hagan un allanamiento en la casa, estas cosas, digamos, que a la madre se lo hagan o que las madres sufran, esa situación termina siendo favorable para la intervención de por dónde vamos a trabajar.</p>
------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Con respecto a aquellas características de la familia que se consideran saludables y pueden por lo tanto, constituir factores protectores (en la medida que se los atiende y fortalezca) el psicólogo establece que es importante atender a las pautas de funcionamiento interno que ha venido sosteniendo ese grupo familiar, hasta el momento, así como también, los cuidados que se le han provisto al adolescente desde dicho sistema.

Por su parte, el psiquiatra destaca la importancia del afecto en el grupo familiar, así como también la presencia de recursos económicos y de conocimientos sobre la problemática. Desde otra perspectiva, la trabajadora social, establece que aquellos aspectos que constituyen factores protectores se relacionan con los hermanos y la presencia de una figura materna contenedora.

Tabla N°10: Patologías o disfunciones familiares. Pregunta 12

<p>Pregunta 12</p>	<p>Depresiones, por ejemplo. En general aparece esto de características, de sintomatología de orden más depresivo o ansioso.</p> <p>Generalmente con los chicos con los que nosotros trabajamos hay una ausencia de figura paterna así como muy importante, que las tratan de suplir las mamas, obviamente estoy hablando como función; y la falta de dialogo, eso es como muy notable o las respuestas a través de algo como más violento, así, mas desde el reto, desde la disciplina mal entendida. Es como una cosa más autoritaria.</p> <p>Yo creo que se mueven muy en extremos, o sea, de ese lado, o del lado del desapega, acá aparece él ya está, ya no</p>	<p>No, no tengo claro. No he visto así como ninguna que se vaya reiterando.</p> <p>No me engancho con la familia para ver si tienen alguna enfermedad</p>	<p>Violencia familiar, seguro, abandono y fracaso escolar, seguro. No siempre, pero ya creería que en la mayoría de los casos hay separación de los padres, no siempre pero la mayoría de los casos es de padres separados, con padres ausentes, ausentes no como que no estuvieron nunca más, sino ausentes en el proceso de la crianza, en cuotas alimentarias, en ese sentido de la vida.</p> <p>En algunas situaciones hay desórdenes alimenticios también, también los hemos tenido, que se han tenido que tratar esas situaciones antes de entrar en el penal.</p> <p>Mucha mama sola, sola digo, porque no hay, directamente no hay figura paterna. Se han ido cuando los chicos han sido chicos y esas mujeres han criado</p>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>sé qué hacer. Eso es como lo que generalmente uno encuentra, por lo menos desde mi punto de vista, y mucha falta de información, muchísima falta de información</p>		<p>solas a sus hijos, han salido a trabajar entonces, hemos tenido muchos adolescentes que están solos, digamos, mucho tiempo al día</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cuanto a aquellas patologías o disfunciones que tienden a encontrarse con frecuencia en estas familias, el psiquiatra afirma no tomar contacto con las familias, es decir, que focalizaría su tratamiento en los aspectos etiológicos del sujeto.

Por otra parte los, profesionales restantes, hacen su aporte desde la especificidad, de este modo el psicólogo afirma que entre las patologías mayormente presentes en este tipo de sistemas, se destacan los trastornos de ansiedad así como los trastornos del estado de ánimo: sobre todo depresiones. También enfatiza en la falta de información. En tanto la trabajadora social destaca situaciones de violencia y abandono a nivel familiar, así como fracaso escolar.

Tanto el psicólogo como la trabajadora social coinciden en mencionar que en este tipo de sistemas una características muy frecuente en la ausencia de la figura paterna.

Tabla N° 11: *Características familiares que inciden en la recuperación.* Pregunta 13

<p>Pregunta 13</p>	<p>Un tratamiento clínico y exitoso yo creo que tiene que ver básicamente con el tema de la reducción, esto que sea un reducción de daños, de concientización del daño del consumo de sustancias y bueno, también, tratando de llevarlo a una posible abstinencia, pero... me parece que es eso, problematizar el tema y ver cuáles son las variables o las cosas que están provocando, de alguna manera, que hayan estos emergentes que es el</p>	<p>Bueno, sobre la motivación como la primera. Yo creo que si no tiene motivación, el paciente y la familia, es como bastante improbable que el tratamiento pueda llegar a algún lado; me parece que eso es lo primero a atender</p>	<p>Yo te puedo hablar de mi área... lo que trabajaría yo sería sobre el aspecto de la autorización del tiempo libre, tanto a nivel individual como a nivel grupal. El tema de la relación del chico con sus pares es fundamental. Y a nivel familiar, yo creo que uno es el tema de la re vinculación que tienen que tener porque, en general, cuando están acá, en la DINAF, o en la dirección de responsabilidad penal juvenil, los vínculos familiares: entre padres, entre hermanos, del chico con el</p>
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>consumo de sustancias.          Bueno, ahí como recurso hay varias cosas, me parece que tiene que ver con la figura de sostén, tiene que ver con las capacidades cognitivas e intelectuales, afectivas que pueda llegar a tener esa persona. Elevar los niveles de motivación, reforzar aspectos saludables desde todos los conceptos, pero básicamente, también, la posibilidad del dialogo, osea, que puedan hablar con su familia, con los referentes que él tenga cerca.</p>		<p>resto... con los abuelos, con sus tíos, están bastante deteriorados. Entonces hay que re vincular, hay que trabajar mucho esa vinculación, esa vuelta a conformarse como familia, a la confianza en el otro. Eso es lo más arduo y lo primero a trabajar.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cuanto a aquellos aspectos que son considerados por los profesionales como recursos a los cuales atender, con miras al tratamiento exitoso, el aporte realizado por cada profesional, denota nuevamente la especificidad del trabajo sin que ello implique una discordancia de las intervenciones.

En el caso del profesional de la psicología, menciona que los aspectos a trabajar estarían más bien centrados en las características cognitivas e intelectuales del adolescente, con el objeto de llegar a problematizar dicha situación de consumo, por su parte, para el médico, el objeto de trabajo, se amplía, centrando su intervención en la motivación del adolescente así como de su familia. El campo de trabajo se amplía aún más desde la perspectiva de la trabajadora social, quien apunta a focalizar el trabajo profesional, además de lo anteriormente mencionado por los restantes profesionales, en el contexto más próximo de ese adolescente, con fines a la re vinculación.

Tabla N°12: Características familiares que dificultan la recuperación. Pregunta 14.

Pregunta 14	La falta de sostén creo que es lo clave, el desapego afectivo creo que es lo clave, la falta de confianza en los recursos del chico que consume es clave, la visión negativa o pesimista de los cambios, osea, por la historia, es fundamental, la visión de que ellos son parte del problema y parte de la solución, si eso no está, estas en el horno.	Y a veces el que están cansados, el no entender que es una enfermedad, el no tener los afectos necesarios, el no contar con recursos psicológicos para poder ayudar a todo esto	Y, como tenemos una familia con transgresión a la ley, transgresión a normas, cuando tenemos en la familia una persona, que también es adicta... el tema económico también es importante, porque hace a los recursos con los que cuentan
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación a aquellos atributos que dificultarían la recuperación del adolescente con conductas adictivas dos de los profesionales establecen como un factor determinante el desapego afectivo a nivel familiar, así como también el hecho de focalizarse en los aspectos negativos y la falta de información.

El especialista restante establece que los factores que más negativamente inciden en el tratamiento son las conductas de transgresión a la ley, a nivel familiar, así como la carencia de recursos económicos.

Tabla N°13: Consejos a nuevos profesionales. Pregunta 15.

Pregunta 15	más allá del estudio , más allá de que estudie y que se informe, por ejemplo, estas cuestiones así a niveles más médicos, mas clínicos, que que se yo, me parece que está buenísimo, me parece que lo más importante es no tener prejuicios a la hora de empezar a trabajar o mantener una entrevista, estar abierto a ver que, cuales son los intereses o motivaciones que llevan a una persona a	Bueno, que sepa que en muchos casos no es de tan buen pronóstico como uno querría y que hay que tener paciencia y esperar, esperar y esperar y como... perseverancia y no entender que los fracasos no son parte del tratamiento	Primero, que conozca en la práctica, todos los recursos, poco o muchos, acá en la provincia de Mendoza no son muchos, tanto a nivel institucional como comunitario, para trabajar la problemática. Y la otra cosa que me parece importante es la comunicación, esto no se si decirlo, parece una tontera, pero entre los que trabajamos en esto, estamos bastante polarizados, cada uno parece que cuidara su quiosco,
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	consumir sustancias, sin el juicio previo, digamos, sin estar diciendo esto está bien, esto está mal, sino tratar de entender cuál es la pauta del consumo, eso por un lado. Y por otro lado relacionarse con gente que haya vivenciado el consumo problemático de sustancias		entonces, esto de que hace el otro y que puede hacer el otro que me sirva a mí, y transferir información... no es algo que se dé así, tan fácil, cuesta bastante. Esto me parece que es algo que se tiene que cambiar, por ahí que la gente nueva es como que renueva un poco más el tema, porque, cuando uno es nuevo, viste el interés por saber nuevas cosas hace que se movilicen y que vayan y vean y puedan tener un ida y vuelta
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En relación a dicha pregunta, dos de los profesionales señalan la importancia del trabajo interdisciplinario.

Desde la particularidad de la especialidad, el psicólogo fundamenta la importancia de conocer la motivación, así como los intereses del adolescente.

Por su parte, la trabajadora social, enfatiza el hecho de conocer los recursos con los que se cuenta para abordar dicha temática.

Finalmente el profesional restante, establece que la presencia de dichas conductas en el adolescente no es de buen pronóstico, y que es fundamental considerar que los fracasos constituyen parte del tratamiento.

### **6.2.2 Análisis de Contenido.TextStat**

A continuación se incluirán las tablas de frecuencias de las palabras que se consideran de utilidad a los fines de la presente investigación. La frecuencia total de palabras, así como las entrevistas a los profesionales se ubican en los Anexos 2, 3, y 4.



Categoría	Palabras	Frecuencias
PROTECCION	recursos	9
	salud	5
	interes/intereses	7
	motivación/motivaciones motivacional/motivacionales/	10
	factores protectores	5
	cambio/s-cambiar	5
	problematizar/do	3
	recurso	2
	resolución	2
	asertivas	2
	dedicación/dedicado/dedicarle	3
	empatía/empático	2
	fortalezas	1
	fortalecimiento	1
	interdisciplinaria/interdisciplinario/ interdisciplinariamente	3
	positivas /positivo	2
	prevención/preventivo	2
	saludable/saludables	2
	intervenciones	8
	equipo	5
	coordinado/coordinar	2

RIESGO	problemática/s	16
	deterioro/deteriorado/s	6
	problema	4
	abandono	3
	dificultad/dificultades/difíciles	5
	fracaso/s-fracasaron-fracasamos-fracasar	11
	limites-limitaciones	6
	problemas-problemático	6
	ausencia	2
	enfermedad	2
	graves	2
	patología-patologías	3
	Transgresión	2
	violencia	2
	ausente	1
	complica-complicaciones	2
	conflicto-conflictivo/s	3
	consumo-consumir-consumos	3
	depresiones-depresivo	2
	disfunciones	1
	limita-limitaciones-limite	3
	sintomatología	1
	transgresiones	1
	trastornos	1
	violento-violenta	2

	consume-consumir-consumos	3
TRATAMIENTO	trabajo	20
	trabajar/trabajado/trabajando	26
	tratamiento	13
	intervención/es	18
	paciente	7
	contexto	5
	escuela- escolaridad-escuelas	7
	Familia- familiar-familias-familiares	38
	información	4
	conocimientos	3
	experiencia	3
	entrevista/s	4
	especialidad	2
	medio	2
	pares	2
	relación/relacionarse	4
	abuelos	1
	capacitación-capacitemos	2
	criado-crianza	2
	dedicación-dedicado-dedicarle	3
	disciplina	1
	hermanita-hermanito-hermano	3
	madres-mama-mamas	3
	medicación	1

	padre-papa-papas	3
	pareja	1
	red-redes	2
	referentes	1
	relaciones	1
	separados	1

En la presente tabla los datos se agruparon de acuerdo a dos aspectos fundamentales: la protección y el riesgo.

Sin embargo, se agregó una tercera categoría, en la que se incluyen palabras que refieren directamente al tratamiento, pero que no pudieron ser clasificadas en las categorías previamente mencionadas. Pese a esto, se consideró de importancia su categorización, ya que la clasificación de las mismas, contribuye a complementar la información obtenida en las dos categorías anteriores.

En lo que refiere a la protección, se obtuvo una frecuencia de 81 palabras. Por su parte, en cuanto a aquellas palabras que aluden al riesgo se halló una frecuencia de 93 palabras. En lo que respecta, finalmente, a tercera categoría, denominada tratamiento, le corresponde una frecuencia de 183 palabras, de las cuales el 51% son neutras, es decir, no refieren ni a la protección ni al riesgo.

De las restantes el 32% aluden a la protección y el 17% al riesgo.

## CAPITULO VII: CONCLUSIONES.

Durante la presente tesina, se plantearon dos objetivos de investigación, por un lado describir aquellos aspectos de la familia del adolescentes con conductas de tipo adictivas, que pudieran actuar como factores protectores y/o de riesgo y, por otro lado, caracterizar el abordaje de los efectores de la salud.

En cuanto al primer objetivo, se describirán, en primera instancia, aspectos que se hallaron en común en las 5 familias del estudio para luego especificar aquellas que constituyen factores protectores y factores de riesgo, considerando que unos y otros no constituyen posiciones opuestas de un mismo continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí (Becoña Iglesias, 2002).

Una disposición que tendió a repetirse en los distintos grupos familiares, se relacionó con el hecho de que para que la familia lograra una organización y sostenimiento de la estructura interna del sistema, resultó necesaria la expulsión de uno de los miembros del mismo, es decir, que para que la familia cumpliera su cometido (una organización con límites diferenciados), uno de los miembros debió ser sacrificado, quedando por lo tanto aislado del mismo, en todos los casos, el miembro excluido fue el paciente identificado.

Otros aspectos que se considera importante destacar, se vincula con el hecho de que en 4 de las familias fue el adolescente con conductas adictivas quien se situó como el eje central de las producciones, es decir, que a través de su síntoma, ocuparía la posición de sostén de su grupo familiar.

Entre las principales características de las familias evaluadas, puede determinarse que aquellas que constituirían *factores de riesgo* son las siguientes:

- Comunicación disfuncional: en todos los casos, se destacó la ausencia de canales de comunicación abiertos hacia los demás miembros. Ésta, fue principalmente empleada de manera disruptiva, es decir, para expresar conflictos, reclamos y críticas hacia los demás.
- A nivel estructural, cabe destacar la dificultad por parte de los progenitores en cuanto a la definición y sostenimiento de roles. Son los hijos quienes tienden situarse en esta posición de liderazgo. Por otra parte, cuando son los padres quienes asumen el liderazgo, el sistema tiende a rigidizarse. En lo que respecta a las madres, el rol de las mismas dentro de estos sistemas tiende a estar desdibujado.
- Cabe mencionar la presencia de relaciones conflictivas en la pareja parental (coaliciones).

Respecto de aquellos atributos, de dichas familias, que constituirían *factores protectores*, es propicio resaltar:

- Los factores de flexibilidad y adaptabilidad. Los mismos habrían posibilitado los rápidos cambios de roles en dichos sistemas, por lo cual pueden ser considerados aspectos promotores del cambio en los mismos, ya que en última instancia pueden contribuir a la organización favorable del grupo familiar y a la evolución del mismo, consecuentemente.

Este aspecto constituiría una característica que puede considerarse un factor protector, ya que da cuenta de la existencia de los recursos que poseen sus miembros y que, de ser trabajados, conllevarían a un pronóstico favorable.

En relación al segundo objetivo de investigación, en lo que respecta al abordaje desde el cual los efectores de la salud trabajan la problemática adictiva, puede concluirse que los mismos abordarían la complejidad del objeto, es decir, que cada disciplina haría su aporte desde sus conocimientos, experiencias y recursos, partiendo desde la especificidad, hacia la construcción del objeto.

Esto implicaría que dichos profesionales parten de la consideración de la adicción como una situación compleja, es decir, determinada por una confluencia de factores que interactúan, de tal manera que no son aislables, y que por consiguiente, no pueden ser descriptos y explicados por la suma de simples enfoques parciales, de distintos especialistas, que los estudian de forma independiente.

Esto lleva a los profesionales a trabajar dicha temática desde la interdisciplinariedad, lo cual hace posible el establecimiento de relaciones entre dominios diferentes (psicología, medicina, trabajo social). La integración activa del grupo de trabajo, implica, entonces, un esfuerzo por conciliar en cada momento unidad y diversidad, especialidad y universalidad.

Estamos en condiciones de afirmar, por lo tanto, que aquello que garantiza, el abordaje desde la protección, para los especialistas, tiene que ver con trabajar en equipo, coordinando las intervenciones propias con las de otro profesional. Esto garantiza brindar respuestas más integrales en base a la complementariedad. Por el contrario, el enfoque sobre el riesgo tendría lugar desde la intervención centrada únicamente en la especialidad, es decir, atendiendo a aspectos aislados de la problemática adictiva.

Desde esta perspectiva, los efectores de la salud del presente estudio, llevarían a cabo sus intervenciones desde una perspectiva salubrista, dado que sus intervenciones se coordinarían, en general, logrando integrar la especialidad con la interdisciplinariedad, dando lugar a respuestas más integrales a la problemática del consumo en poblaciones adolescentes.

Considerando el trabajo de los agentes de salud, variados son los interrogantes que surgen y que han tenido lugar al transitar por este camino, pero que por los objetivos planteados no han podido ser abordados. De esta manera, dejamos abiertos interrogantes que puedan servir como guías para futuras investigaciones:

- ¿Qué estrategias empleadas por los efectores de salud propician los niveles de salud en los mismos?
- ¿Todos los profesionales trabajan desde paradigmas salubristas?
- ¿Tienen los pacientes posibilidad de abandonar las conductas de consumo a partir de las intervenciones efectuadas por dichos especialistas?



## BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A; Knobel, M (1996). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Becoña, Iglesias, E. (noviembre, 2000). Los adolescentes y el consumo de drogas, *Papeles del psicólogo*, 77. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=843>.
- Becoña, Iglesias, E. (2002). Bases científicas de la prevención en las drogodependencias. Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf)
- Becoña Iglesias, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28 (1), pp. 11-20. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/>
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Becoña Iglesias, E. (2011). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Benítez, Agustina Natalia. (2010). *Factores protectores y de riesgo social en relación al consumo de sustancias en adolescentes rurales y urbanos* (Tesina de grado). Mendoza, Universidad del Aconcagua. Facultad de Psicología. Dirección URL del documento: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/224>.

- Bleger, J. (2007). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Ediciones Nueva visión.
- Cid-Monckton, Patricia; Pedrão, Luiz Jorge. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Junio, 738-745. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Coleman, J, C. (2003). *Psicología de la adolescencia*, Madrid: Ediciones Morata, S. L.
- Coletti, M. y Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Del Pópolo, L. (2003). *Adicción: una lectura interaccional* (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Erikson, H, E. (1992). *Identidad, juventud y crisis*. Madrid: Taurus.
- Fantin, M.B; García, H.D. (agosto, 2011). Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas: *Ajayu*, 9 (2), 193-214. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v9n2/v9n2a1.pdf>
- Fernández Moya, J. (2010) *En búsqueda de resultados, una introducción a las Terapias sistémicas*. Mendoza, Argentina: Ed. Triunfar.
- Gallo, D. (6 de mayo de 2012). Según datos oficiales aumento 131% el número de jóvenes adictos. En una década se disparó el uso de estupefacientes entre estudiantes. *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1470942-aumento-131-el-numero-de-jovenes-adictos>
- Girolamo, M.; Vilapriño Duprat, M. (2001). Adicciones. En Ltda., C, d, *Manual de Operadores Terapéuticos en Adicciones* (pp.21-60). Mendoza, Argentina: Ediciones del Canto Rodado.

- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Perú: Mc Graw- Hill.
- Kalina, E. (1998) *Adolescencia y drogadicción*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kalina, E. (2000) *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*. Argentina: Paidós.
- Kalina, E. (2006). *Adicciones, aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Paidós
- López, J.J. y Aliño, I. (2003) DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Marcos Sierra, J. A y Garrido Fernández, M. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27 (2-3), 339-362. Recuperado de <http://www.cop.es/>.
- Micucci, M. y Benaim, D. (2009). Psicología y salud. Calidoscopio de prácticas diversas. *Revista Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 6, 123- 137.
- Ministerio de salud de la nación <http://www.msal.gov.ar>.
- Minuchin, S. (1990) *Familia y Terapia Familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1984) *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Moreno, A.; Del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente, a la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Aique grupo editor.
- Muñoz Rivas, J. y Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 1 (13), pp. 87-94. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>.

- Nava Flores, C.M. (marzo, 2010). Factores que influyen en la adicción adolescente. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/cccss/07/cmnf.htm>.
- Obiols, A.; Obiols, S. (1996). *Adolescencia, posmodernidad y escuela secundaria. La crisis de la enseñanza media.*, Buenos Aires: Editorial Kapeluz.
- Papalia, D; Olds, S; Feldman, R. (2004). *Desarrollo humano*. México: Mc GRAW-HILL Companies, Inc.
- Páramo, M.A. (2010). *Análisis de datos cualitativos asistido por Text Stat*. Curso-Taller. CIUDA. Universidad del Aconcagua.
- Páramo, M. A. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Ter Psicol*, 29 (1), pp. 85-95.
- Páramo, M. A. (2012). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad de la Aconcagua. Mendoza.
- Pierri, G. (año desconocido). Familia y drogodependencia. *Clínicas pediátricas del sur*, 70-76. Recuperado de [http://www.sup.org.uy/Clinicas\\_del\\_Sur/web/pdf/clinicas%20del%20sur\\_01\\_8.pdf](http://www.sup.org.uy/Clinicas_del_Sur/web/pdf/clinicas%20del%20sur_01_8.pdf)
- Piscitelli, S. G.; Luque, L. y Gómez, R. A. (2009). *Estudio sobre la ansiedad estado /rasgo en padres de adolescentes consumidores y no consumidores de drogas. Relación con las estrategias de afrontamiento de los hijos*. Universidad nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina. Recuperado de: [http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong\\_marplatense/iv/trabajos/trabajo\\_330\\_424.pdf](http://www.seadpsi.com.ar/congresos/cong_marplatense/iv/trabajos/trabajo_330_424.pdf)

- Pittman, F. S. (1990). *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. España: Paidós.
- Pons Diez, J., Berjano Peirats, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Ruchansky, E. (9 de mayo de 2012). Radiografía del consumo en la secundaria. Página 12. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-193599-2012-05-09.html>
- Ruiz, J. (2003). *Manual básico de adicciones: Todas las respuestas a sus preguntas sobre las adicciones*. Recuperado de <http://www.lacomuna.laplata.gov.ar/adicciones.pdf>
- Saforcada, E. (2013). Seminario *Psicología de la Salud y Construcción de Ciudadanía*. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- SEDRONAR (2011). Observatorio Argentino de Drogas. *Quinta encuesta Nacional a estudiantes de enseñanza media*.
- Stanton, D. y Tood, T. (1994). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España. 2ª ed., Editorial Gedisa.
- Torrado, S. (2003): *Historia de la familia en la Argentina moderna (1.870-2.000)*. Buenos Aires. 1º ed., Ediciones de la Flor
- Torrado. S. (16 de mayo de 2004). Radiografía de la familia argentina. Pagina12. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar>
- Torrecillas, F.; León Arroyo, R; Godoy García, J. F.; Muela, A.; Araque, F. (2003). Factores familiares que inciden en la drogodependencia: *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM* ,13 (1), 203-230.

Usandivaras, R. J. (2004). *Test de las bolitas. Imágenes de las relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Lilah ediciones.

Virgolini, M. Molinari, M y Specogna, M. (2004). Portafolio educativo. Municipios saludables. Programa VIGI+A. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 12 Adicciones. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/>

Walsh, F. (2005). Resiliencia familiar: un marco de trabajo para la práctica clínica. *Revista Sistema Familiares*, 21, 76-95.

# ANEXOS