

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autora: María Clara Bagnato

LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN EN LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS

2015

Citar como: Bagnato, M. C. (2015). La prevención de la drogadicción en los adolescentes escolarizados. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

A Jesucristo, el mejor motivo de mi vida.

Índice

1. Introducción4.....

2. Problema de investigación7.....

3. Objetivos7.....

4. Marco Teórico8.....

5. Metodología33.....

6. Resultados36.....

7. Conclusiones41.....

8. Bibliografía45.....

9. Anexos46.....

1. Introducción

Hay innumerables trabajos sobre el tema de abuso de sustancias con potencial adictivo; pero frente a un avance cada vez más inexpugnable de esta enfermedad y la ineficacia que manifiestan las diversas políticas públicas al respecto, la única arma para combatirla parece radicar principalmente en la educación. Al menos se presenta como aquella estrategia más inmediata, persuasiva, ágil y directa de la que se dispone para afrontar una problemática que tiende a transformarse en flagelo, de difícil erradicación, sobre todo en los contextos sociales de mayor vulnerabilidad social. El problema se incrementa porque la drogadicción favorece, entre otros factores, el desarrollo del delito y la criminalidad, aún cuando no existan investigaciones que demuestren esta correlación.

¿Qué debemos tener en cuenta? ¿Cómo podemos aportar cada uno de nosotros, un engranaje en el sistema que nos permita fortalecernos para no convivir con la ingrata indiferencia? Suele afirmarse que nadie puede comprender el desarrollo de una enfermedad, aun conociéndola, como aquellos que la padecen. Cuando hablamos de prevención, no parece que genere interés, más bien la gente suele pensar que un hecho así no puede pasarle hasta que lo descubre en sus vidas de modo subrepticio.

Respecto al orden de los temas que figuran a modo de marco teórico de esta investigación, en el capítulo I se desarrolla el concepto de estupefaciente o droga y las diferentes etapas del proceso adictivo. Se subraya en el hecho de cómo la sustancia va engañando en forma sigilosa al consumidor, haciéndole creer que puede dominar la situación u obtener beneficios que lo ayuden a desempeñar acciones que sin su influencia no lograría.

A lo largo del capítulo también se abordarán las leyes que contemplan la problemática del consumo y la clasificación de drogas legales e ilegales. Así también se hará referencia a los diferentes tratamientos que nos permiten abordar cada necesidad de acuerdo a la etapa evolutiva de esta enfermedad; y la terapia motivacional, tan interesante en sus conceptos, como entendiendo que una vida motivada es una vida con propósito.

El capítulo II se refiere a la adolescencia, un periodo de cambios psicofísicos y fisiológicos que predisponen mucho más, tornándose la persona más vulnerable y proclive

a contraer, a causa del consumo de estupefacientes, el hábito de la adicción. Los adolescentes en su mayoría prueban o buscan satisfacer de alguna manera sus necesidades y carencias, encontrando en esta alternativa de consumo una manera de evadir una realidad que no cumple con las expectativas de una vida alegre. Las familias desintegradas, padres ausentes, la discriminación, la exclusión social, muchos sin acceso a la educación, ni a la salud, sumado a la indiferencia son factores que ponen en riesgo de buscar en las drogas una salida a su infortunio.

El capítulo III trata sobre la relación del consumo de sustancias y el delito. En todos los países latinoamericanos encontramos que hay una estrecha relación de estas dos realidades, con la conclusión de que a mayor consumo, hay un aumento significativo del delito. Ya sean hurtos o robos, asesinatos, tráfico de armas, etc. así es como la sociedad se hace vulnerable a este tipo de falencias, y se ha creado actualmente una cultura del consumo de sustancias.

Esto se ve acompañado por los cambios en las políticas mundiales. La globalización, que ha llegado a los países de América Latina devastando sus economías y generando índices de mayor pobreza, discriminación, exclusión social y el mercado de drogas. Así, la población adolescente experimenta un deterioro en el desarrollo de su personalidad, y se generan en ellos conductas adictivas y delictivas. Las drogas son utilizadas para cometer delitos, o bien sin conciencia pueden ser generados. El resultado es mayor inseguridad.

Queda, por último, justificar la temática y problemática abordada. Para esto cabe decir que si bien es necesario tener leyes e instituciones abocadas a la rehabilitación de enfermedades adictivas, no menos cierto es que lo óptimo sería tener que recurrir a estas lo menos posible, y que su tarea consistiera fundamentalmente en la prevención. Es necesario conocer en qué consiste esta última para poder comprender las diferentes maneras de intervenir frente a un caso de adicción, sobre todo cuando el enfermo es un adolescente. Este tipo de patología se proyecta en familias, parejas o la persona más cercana al paciente, quienes pasan a adquirir los mismos síntomas (coadicto).

Cuando se escucha en los medios de comunicación hablar sobre el narcotráfico, puede constatarse que el tiempo dedicado a informar y enseñar sobre prevención es ínfimo. Todos somos influenciados y siempre el tiempo nos apremia, por lo que se hace difícil detectar los problemas que generan las sustancias en las personas que nos rodean. Cada vez más la sociedad demanda leyes concretas que puedan dar una solución a este flagelo.

Así también es necesario que los programas de prevención lleguen a todos los ciudadanos más rápido de lo que llega la distribución de sustancias. En este sentido, la escuela ocupa un rol vital. La escolaridad contribuye a reforzar su formación, cuando no es el único respaldo o recurso que los niños y adolescentes disponen para encontrar contención a sus problemas y evitar el subterfugio de las drogas.

2. Problema de Investigación:

- ¿Qué estrategias de intervención existen en el sector educativo del nivel medio de las localidades de Tapiales y Ciudad Evita (La Matanza) en orden a prevenir el uso de sustancias psicoactivas por parte del alumnado?

3. Objetivos

Objetivo General

- Describir las actividades educativas desarrolladas durante el año 2012 por las Escuelas Públicas del nivel secundario de las localidades de Tapiales y Ciudad Evita (Partido de La Matanza) en relación a la prevención de la drogadicción en adolescentes.

Objetivos Específicos

- Conocer el nivel de capacitación que poseen los docentes de las Escuelas Públicas del nivel Secundario de las localidades de Tapiales y Ciudad Evita (Partido de La Matanza) en torno a la problemática de la adicción a estupefacientes en la población adolescente.
- Identificar las estrategias institucionales implementadas por las Escuelas Públicas del nivel Secundario a fin de abordar la prevención de la drogadicción en los adolescentes que concurren a las mismas.

4. Marco Teórico

4.1 Drogadicción: Etapas de la adicción y tratamiento

Según la OMS, estupefaciente o droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce alteraciones en el funcionamiento del Sistema Nervioso Central (SNC) del individuo, quedando este último predispuesto a contraer dependencia psicológica, física, o ambas. A fin de precisar la noción expuesta, para definir una sustancia como droga deben presentarse las siguientes notas: a) que su ingesta modifique funciones psíquicas y/o físicas; b) que condicione al sujeto a repetir su uso para obtener placer; c) que genere síntomas y signos adversos al suspender su consumo (síndrome de abstinencia); d) que sean utilizadas sin fines terapéuticos.

De modo correlativo con lo anterior, la OMS define a la drogadicción como un estado de intoxicación periódica o crónica originado por el consumo repetido de una determinada droga, en el marco del siguiente cuadro: a) deseo o compulsión de seguir consumiendo la droga (dependencia psíquica); b) tendencia a aumentar la dosis (fenómeno de tolerancia); c) dependencia, a nivel físico, modificando el estado fisiológico, y a nivel psíquico, por cambios en el interior de las células nerviosas ante el uso reiterado de la sustancia que actúa como droga o estupefaciente; d) efectos perjudiciales para el individuo que consume, así como para su red de contactos sociales.

La drogadicción o farmacodependencia, como se ha dicho antes, es una enfermedad que implica dependencia psicofísica de las sustancias consumidas. Desde la Antigüedad, la sociedad ha padecido el fenómeno adictivo de las mismas. Fue Galeno quien describió por primera vez a un paciente con adicción a opiáceos. Sin embargo, no menos cierto es que por lo general, el consumo de tales sustancias estaba regulado principalmente por una finalidad terapéutica. Así, por ejemplo, el cannabis se utilizó en China hace 5000 años para menguar los dolores reumáticos y las consecuencias de la malaria.

También en la Primera Guerra Mundial los opiáceos tuvieron gran relevancia en el tratamiento de la tuberculosis por parte de los alemanes, quienes advirtieron que los soldados experimentaban una recuperación sorprendente ante su uso. Y de aquí la

denominación de droga heroica o heroína. Desde entonces, y hasta el día de hoy, los opiáceos tienen una presencia preponderante en todo occidente.

4.1.2 Adicción y dependencia

Puede entenderse la adicción como una acción instrumental motivada y dirigida hacia el objetivo de conseguir placer, bienestar o euforia. Asimismo, existen diferentes tipos de adicciones, las cuales pueden clasificarse como adicciones de conducta (al juego o al sexo), adicción a las relaciones (co-dependencia, adicción a los romances), adicción a la religión (sectas), adicción al trabajo, a internet, a las comidas (compulsión, bulimia, anorexia) y adicciones químicas (alcohol, nicotina, marihuana, sedantes hipnóticos, éxtasis, heroína, opio, etc.). Será objeto de análisis del presente trabajo, la adicción causada por abuso de sustancias químicas.

Como se ha mencionado anteriormente, la drogadicción o farmacodependencia se genera al consumir sustancias que, introducidas al organismo sin fines medicinales, generan cambios psíquicos, físicos y sociales. A su vez, este consumo también genera dependencia, tanto psicológica como física.

La dependencia psicológica parte de la base emocional en la búsqueda compulsiva del individuo por alcanzar un sentimiento de placer y bienestar, en la necesidad de enfrentar una realidad que muchas veces no responde a sus requerimientos afectivos o materiales. Suelen buscar evadir una vida de frustración, exclusión social, discriminación. En ocasiones creen, erróneamente, que la droga los animará a concretar proyectos y a tomar decisiones para lograr alguna meta propuesta.

Por su parte, la dependencia física está relacionada con los cambios neurofisiológicos que generan estas sustancias adictivas, estimulando o deprimiendo el SNC, con la consecuencia orgánica que esto conlleva. A su vez, suelen producirse cambios orgánicos en el sistema mesocortilímbico. Los lóbulos frontales se relacionan con el control y coordinación de los procesos cognitivos conductuales, estudiados en el cerebro humano.

Estas zonas pueden regular, planear y controlar procesos psíquicos. En síntesis, organizan conductas motivadoras para obtener metas, logros y resultados frente a procesos de interés.

Puede observarse cómo el consumo de estas sustancias afecta principalmente el centro ejecutivo del cerebro. El circuito más comprometido está compuesto por algunas regiones de la corteza frontal, la amígdala, el hipocampo, el núcleo accumbens de los ganglios basales (que regula la sensación subjetiva de placer) y las vías, desde el área tegmental ventral. El cortex pre-frontal, que es la parte anterior al lóbulo frontal, realiza una actividad vinculada con la memoria, pudiendo relacionarla con datos elaborados o almacenados en la misma como provenientes de estímulos externos. Esta estructura está conectada con la amígdala, el núcleo accumbens y el hipocampo. A su vez, recibe proyecciones dopaminérgicas del área tegmental ventral, así como el núcleo accumbens, siendo los neurotransmisores dopamínicos de gran importancia en el proceso adictivo.

Las estructuras antes mencionadas forman parte del sistema cerebral de recompensa, llamado circuito límbico-motor, cuyas neuronas producen sensaciones de placer y satisfacción. Este fenómeno natural está ligado a la supervivencia. Por este circuito, el hombre asimila las situaciones o circunstancias ambientales que rodean la recompensa. Esto se genera por asociación del estímulo que la provoca, y por consiguiente, la información para ejecutar la respuesta adaptativa para tratar de conseguirla. El estímulo natural alimenta la dopamina, la cual va disminuyendo a medida que el estímulo se hace conocido, hasta extinguirse. En el caso de las drogas, puede llevar a un elevado incremento de dopamina. Suele considerarse a la dopamina como la responsable de los efectos adictivos a las drogas, mediante el mencionado mecanismo de recompensas.

La dopamina es un neurotransmisor muy importante en la regulación de las funciones motivacionales. Es producida por cuerpos neuronales presentes en el área ventral tegmental, quienes la envían hacia el núcleo accumbens, donde hay dos tipos de receptores de la dopamina, el D1 y el D2. Mientras el primero estimula su liberación, el segundo es un inhibidor. El equilibrio de los mismos asegura el correcto funcionamiento del circuito. Otro neurotransmisor que interacciona con la dopamina en el SNC es el glutamato, que inhibe la plasticidad sináptica y se lo relaciona con el control de la conducta de búsqueda en la obtención del objeto para ocasionar placer.

En el núcleo accumbens se encuentran principalmente neuronas de proyección espinosa media, las cuales producen el neurotransmisor llamado GABA (ácido gamma aminobutírico). Este neurotransmisor es uno de los principales inhibidores del SNC, y su efecto, al hiperpolarizar las neuronas, provoca que se active la dopamina.

Las terminales dopaminérgicas provenientes del área ventral tegmental son el sitio de acción de drogas altamente adictivas como la cocaína y la anfetamina, las cuales provocan un aumento en la liberación de dopamina en el núcleo accumbens. No obstante, muchas drogas de uso recreativo también producen un alza en los niveles de dopamina. Todo lo hasta aquí expuesto sobre estas estructuras del cerebro sugiere que dichas regiones cerebrales pueden desempeñar un papel preponderante en el proceso de adicción.

4.1.3 El fenómeno de craving

Craving es una palabra de origen anglosajón, que implica el deseo o anhelo irresistible de consumir una sustancia. En tal sentido, puede entenderse este fenómeno como la motivación de autoadministración de una sustancia. Los autores suelen diferenciar al craving del síndrome de abstinencia. Ésta posee una duración más limitada en el tiempo, suele aparecer entre las 24 o 48 horas y finaliza a las 3 o 4 semanas. Por el lado del craving, su duración varía a lo largo del día y puede mantenerse durante un largo período de tiempo.

Según Beck y Cols (1999; citado en Sanz, 2010) es posible distinguir cuatro tipos de craving. En primer lugar, una respuesta a los síntomas de la abstinencia; como segundo tipo encontramos la respuesta a la falta de placer; en tercer lugar la respuesta condicionada a las señales asociadas con drogas y por último, el cuarto tipo de craving es la respuesta a los deseos hedónicos.

4.1.4 Proceso adictivo

Hay diferentes etapas involucradas en el desarrollo del proceso adictivo, así como diferentes formas de consumo de drogas. Dichas etapas son: experimental, ocasional, habitual y compulsiva.

En la etapa experimental, el individuo prueba, experimenta una vez, o más, pero suele hacerlo por mera curiosidad o coincidencia frente a un grupo que consume. En tanto, en la etapa ocasional encontramos que son consumidores en determinadas ocasiones, para desinhibir su conducta y poder, por ejemplo, participar en eventos sociales; sabe dónde y cuándo consumir.

El consumidor habitual es aquel que lo hace a diario, en forma regular; esta situación aún no interfiere en sus relaciones íntimas, sociales o laborales. Tiene la errónea creencia de que puede abandonar el hábito y aparece el fenómeno de tolerancia, por el cual necesita incrementar las dosis de droga para obtener el resultado deseado. Se instala en esta etapa la dependencia psicofísica.

Por último, el compulsivo es aquel que consume durante todo el día. Se evidencia en él un descuido personal, comienzan los conflictos familiares, sociales y laborales. La droga pasa a ser el centro de su vida y su conducta está abocada en conseguirla.

4.1.5 Clasificación de estupefacientes

Es posible clasificar las sustancias según el grado de dependencia que generan en el consumidor. Conforme este parámetro, se distinguen las drogas duras y las drogas blandas. Las drogas duras provocan una dependencia, alternado el comportamiento psíquico, físico y social. Ejemplos de estas drogas son el alcohol, las anfetaminas, los barbitúricos. En tanto las drogas blandas crean únicamente dependencia psicosocial. Encontramos ejemplos en el LSD y la marihuana.

También podemos clasificar los estupefacientes según la estimulación que provocan en el SNC (Delay y Denicken). Con dicho basamento, encontramos tres grandes grupos: psicolépticos o depresores, analépticos o estimulantes y dispépticos. Dentro de las sustancias con efecto psicoléptico hallamos el alcohol, los hipnóticos, el opio, los anti-psicóticos, anti-maníacos. En el segundo grupo se encuentran las drogas estimulantes, como los antidepresivos, IRSS, IMSO y anfetaminas. Por último, en el grupo de los dispépticos se ubica el LSD y los alucinógenos.

Goodman y Gilman (1991) proponen una clasificación de drogas de abuso. Dicha clasificación es la siguiente: a) Depresores del SNC: Opioides, Barbitúricos, Benzodiacepinas, Alcohol Etílico, b) Psicoestimulantes: Cocaína, Anfetaminas, c) Nicotina y tabaco, d) Cannabinoides, e) Psicodélicos: LSD, Mescalina, Dimetiltriptamina, DOM, MDMA, f) Arilciclohexilaminas: Ketamina, Fenciclidina, g) Inhalantes: Solventes volátiles, Oxido Nitroso.

4.1.6 Marco legal

Resulta significativo hacer mención a las diferentes leyes existentes en nuestro país que se ocupan de la cuestión de las drogas y de los individuos que sufren adicción.

Promulgada en 1989, la ley 23.737 dispone sobre la tenencia y tráfico de estupefacientes. Aborda cuestiones vinculadas a la utilización, cultivo, fabricación y comercialización de sustancias y suministros de las mismas. Los artículos 1, 2, 3 y 4 reemplazan el artículo 204 del Código Penal, incorporándose estos como 204, 204 bis, ter y quater. En ellos se regula la venta de sustancias legales, fijando penas y multas para aquellos casos donde el suministro de dichas sustancias se realice de forma ilegal o fraudulenta, sin atenerse a los reglamentos vigentes.

A su vez, establece penas para aquellas personas que hayan sembrado, cultivado, transportado o comercializado sustancias sin la debida autorización o lo haya realizado con sustancias ilegales. La ley contempla al trasgresor de acuerdo a su rol social, sea este el de funcionario público, instituciones, maestros, personal de salud, etc., implicando dicho rol una causa del aumento de la pena. También establece como agravante si los actos fuesen en perjuicio de mujeres embarazadas, de menores de edad o si se sirvieran de ellos.

Se establecen penas para aquellos que posean estupefacientes, suavizándose la misma si la tenencia es de cantidad menor para uso personal. La ley no puede sancionar la acción, sino la tenencia, dado que su finalidad es proteger la salud de la población en general. A este respecto, cabe destacar que en la presente ley se tiene en cuenta al adicto, dado que se estipula en ella una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, cuando un consumidor es detenido.

Se ocupa, también, del tráfico ilícito de estupefacientes, estipulando que los organismos de seguridad y la administración aduanera se mantengan en permanente consulta. Asimismo, respalda a las personas que denuncien cualquiera de estos delitos, asegurando el resguardo de su anonimato; así como una reducción en las penas de aquellas personas que, involucradas en algún ilícito, colaboren en la resolución de estos hechos.

Otra ley que trata el tema de las adicciones es la Ley 24.788, sancionada el 5 de marzo de 1997 y promulgada el 31 de marzo de ese mismo año. Esta ley conocida como ley de lucha nacional contra el alcoholismo consta de 23 artículos, en los cuales se prohíbe en todo el territorio nacional, la venta a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas, así como también se crea el programa nacional de prevención y lucha contra el consumo excesivo de alcohol. Se regula la publicidad de alcohol y se prohíbe su uso como estimulante, tanto físico como intelectual, penando a todos aquellos ciudadanos que conduzcan cualquier tipo de vehículos bajo los efectos del alcohol, estableciendo que la presencia del mismo no puede superar los 500mg por litro de sangre.

Es de destacar que en esta ley se incluye a la patología del alcohol dentro de las coberturas que deberán reconocer tanto las obras sociales como las entidades de medicina prepaga, para lo cual se elaboran programas destinados a cubrir dichas necesidades.

Existen otros decretos y leyes, tanto a nivel nacional como en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que abordan el tema de estupefacientes y adicciones. Por ejemplo, la ley 2.318/07 de de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que trata el tema de la prevención y asistencia del consumo de sustancias psicoactivas. También es importante resaltar la ley Nacional de salud mental (Ley 26.657), dado que en su artículo 4 considera que las adicciones deben ser tratadas como parte integrante de las políticas de salud mental, y que las personas con uso problemático de drogas – legales o ilegales – poseen todos los derechos y garantías que en esa ley se mencionan.

4.1.7 Tratamiento de la drogadicción

El tratamiento de los pacientes que padecen adicciones depende fundamentalmente de dos factores: la voluntad del paciente y el compromiso del núcleo familiar. Asimismo, el abordaje del tratamiento es tanto psíquico como físico.

A) Tratamientos psicológicos

En cuanto al tratamiento psicológico, partiremos de la definición que Wolberg (1977) da sobre la psicoterapia:

Es el tratamiento por medios psicológicos de problemas de naturaleza emocional, en la cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, con el objeto de: a) eliminar, modificar o rechazar síntomas existentes; b) mediatizar patrones de conducta perturbadora; c) promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo. (Citado en Bernardi, R. et al., 2004, p. 100)

Al analizar la cuestión psicoterapéutica, nos encontramos con diferentes enfoques. Podemos agruparlos en dos grupos, terapias modernas y terapias posmodernas. Dentro del enfoque moderno, hallamos las terapias psicodinámicas (el psicoanálisis de Freud, o los enfoques de Jung, Adler, Lacan, Kemby), la cognitiva – conductual (el conductismo de Watson-Skimmer, la terapia de la conducta de Kodin y Wolpe, la terapia contractual de Kohlemberg, la terapia racional-emotiva de Ellis y la terapia conductual biometro-alimentación) y la humanista (terapia centrada en el cliente, de Rogers, la logoterapia de Frankl, la terapia gestáltica de Peris y la transaccional de Beine).

En el enfoque posmoderno, encontramos las terapias construccionista y constructivista. En el primer caso están la terapia sistemática-estructural, de Minuchin; la terapia estratégica de Watzlawick y Haley; y la terapia sistémica de Selvini. Por su parte, el enfoque constructivista presenta la terapia cognitiva-procesal sistémica, de Guidano; la psicología de los constructos personales, de Kelly; y la conciencia plena o mindfulness, de Linehan.

Todo tratamiento está basado en la necesidad del paciente, acorde con su personalidad, dado que ninguna persona es igual a otra. Por tanto, el tratamiento que se adopte debe ser adecuado para cada situación y conforme a la etapa del proceso adictivo en la que se encuentre el paciente.

Un rasgo característicos de los tratamientos para las adicciones, es el ser integral. Esta característica hace que muchos procesos requieran la internación del paciente en algún centro especializado, para proceder a su desintoxicación. Estos centros son comunidades terapéuticas donde pueden diagnosticar y asistir al paciente en sus diversas patologías, tratando la enfermedad de base que cada individuo posea, una vez producida la desintoxicación, con la correspondiente farmacología si fuera necesario.

Pero muchas veces, estas internaciones pueden ser ambulatorias. Suele conocerse este tipo de internaciones como hospital de día, y es indicado para pacientes en período de recuperación, cuya conducta no es compulsiva, ni delictiva y su entorno familiar es colaborador. Existen tres modalidades diferentes de internación ambulatoria, de acuerdo al grado de necesidad del paciente y a la etapa del tratamiento. En la modalidad intensiva, el paciente acude a prestaciones semanales, donde se le brinda una terapia individual, una grupal, otra familiar, y un control clínico y farmacológico. Las dos modalidades restantes son de mantenimiento (asiste cada quince días) y de control (asistencia mensual). Esto favorece la inclusión social del paciente, sin alejarlo de sus afectos primarios y le permite desempañar una tarea laboral.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro del proceso de tratamiento psicológico, es la entrevista motivacional. Resulta de vital importancia lograr una óptima comunicación en la relación médico-paciente, mucho más a la hora de implementar estrategias terapéuticas para cambiar su hábito. Todo cambio en las acciones involucra una motivación, un deseo, decisiones que permitan obtener satisfacción. Se puede observar que las personas se sienten más motivadas cuando son ellas mismas las que toman sus decisiones, en lugar de que una autoridad dirija sus acciones.

La entrevista motivacional nace de la psicología cognitivo-conductual, psicoterapia centrada en el paciente (Rogers) y la teoría transteórica del cambio (Prochaska y

Diclemente). Tiene como base el respeto a la autonomía de la voluntad del paciente, su creencia y su escala de valores. Escuchar al paciente, su experiencia, su potencial creativo, sin proporcionar material proveniente de la terapia. Se caracteriza por la empatía activa, la calidez emocional y la autenticidad.

Cinco son los principios que se encuentran en la entrevista motivadora. En primer lugar, expresar empatía y aceptar al paciente como es. En segundo lugar, crear la discrepancia, conseguir que el paciente se enfrente con su realidad no placentera. El tercer principio es evitar la discusión, si en el paciente crece la resistencia, esto indica que se debe cambiar la estrategia de tratamiento. En cuarto lugar, darle un giro a la resistencia, sugerir otra opción. Por último, el quinto principio indica fomentar la auto-eficiencia, reconocer cuando el paciente está asentando los cambios.

Con respecto al cambio, resulta oportuno señalar las fases que el mismo va presentando en los pacientes. Según Prochaska y Diclemente (1992), las fases son cinco: pre-contemplativa, contemplativa, preparado para la acción, acción y mantenimiento. En la fase pre-contemplativa, se sugiere ayudar al paciente a creer en su capacidad de cambio. En la fase siguiente, el paciente suele solicitar ayuda y tratamiento, pero su comportamiento es ambivalente, por lo que aún no se compromete con el cambio. En la tercera fase, el paciente está preparado para enfrentar los efectos del cambio y accionar el cambio de conducta. En la fase de acción se lleva a cabo el cambio de conducta, mientras que en la última etapa es donde se deben prevenir las recaídas.

El terapeuta posee diferentes estrategias para implementar en las distintas fases. La motivación hacia el cambio de conducta es algo que los profesionales intentan y no siempre logran. La comunicación, el saber escuchar, la intención de respetar la voluntad del paciente, evitar las discusiones y conductas autoritarias permiten a las personas desarrollar sus potenciales cambios.

Es dable destacar la actividad que al respecto realizan los grupos de autoayuda que brindan las instituciones religiosas. Para la persona de fe, su vida y su conducta se rigen por sus creencias. Creen en un Dios que ha creado al hombre con libertad, respetando sus decisiones y corrigiendo con amor los errores. La convicción de que Dios nos ama como

somos resulta en un vínculo perfecto; es un ejemplo de amor y un modelo de la vida en libertad.

B) Tratamientos físicos

Como se ha mencionado, los tratamientos para las adicciones son integrales, y los tratamientos psíquicos como físicos suelen darse complementariamente. Por ello, vamos a destacar aquí el tratamiento por intoxicación aguda, el cual incide notablemente en el aspecto físico del paciente.

Este tipo de práctica tiende a sostener el estado general del paciente, controlando sus signos vitales. Implica la conexión a una vía intravenosa para hidratarlo y administrar medicación, análisis diarios de laboratorio, estudios cardíacos, oxigenoterapia, etc. En el caso de las anfetaminas, suele ser necesario acidificar la orina. Algunas drogas, como la cocaína, pueden provocar convulsiones, hipertensión arterial, arritmias o isquemias, para lo cual son necesarias todas las precauciones mencionadas anteriormente.

4.1.8. Síndrome de abstinencia

Se entiende por síndrome de abstinencia al conjunto de síntomas y signos que aparecen cuando una persona con adicción a sustancias psicoactivas deja de consumirlas. La causa de este síndrome tiene su explicación en los centros del SNC que provocan el ya mencionado mecanismo de recompensa, generando placer, alegría, entusiasmo como respuesta al estímulo de la sustancia adictiva – dependencia psicológica – que luego termina comprometiendo una dependencia física.

Los síntomas dependen de las sustancias consumidas, y pueden aparecer entre 12, 24 o 48 horas después de haber suspendido el consumo. Por ejemplo, los fumadores presentan el deseo impulsivo de fumar, tensión emocional, cefalea, aumento del apetito, somnolencia o insomnio. Drogas como la cocaína, la pasta base o las anfetaminas pueden volver agresivos a los consumidores, despertar depresión y tendencias suicidas. Otros síntomas comunes de abstinencia son las alucinaciones (sobre todo con el LSD), los

temblores, malestar general, delirios, fiebre, escalofríos, taquicardia, lágrimas, sudoración, excitación psicomotriz, dolor muscular (en el caso, sobre todo, de la morfina), entre otros.

Debido a que las sustancias consumidas por mujeres embarazadas logran atravesar la placenta, se genera en el feto una dependencia. Dicho fenómeno se conoce como síndrome de abstinencia neonatal. Pero no solo genera dependencia, sino que el consumo de drogas durante el embarazo produce alteraciones en el SNC del feto, así como malformaciones. A su vez, puede desencadenar partos prematuros, trastornos de sueño, irritabilidad, pérdida de peso o muerte. El tratamiento consiste en evitar la hipotermia, moderar las convulsiones y utilizar la misma sustancia que consume la madre, cuya dosis se irá reduciendo gradualmente hasta que los síntomas desaparezcan.

4.2 Adolescencia y consumo de estupefacientes

La etimología de la palabra adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa: adolecer, padecer, crecer. La OMS la define como la etapa que se extiende desde los 10 a los 19 años, considerando dentro de ella dos etapas: adolescencia temprana, que abarca el período entre los 10 y los 14 años; y la adolescencia tardía, entre los 15 y 19 años de edad. Se puede entender también a la adolescencia como la época de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Autoestima, autonomía e identidad se van afirmando en este proceso.

Sin lugar a dudas, es una etapa donde comienza un proceso de grandes cambios: biológicos, físicos, psíquicos y sociales. Estos cambios reciben influencia del factor étnico y genético del individuo, así como la influencia de su entorno. En cuanto a los cambios biológicos, dicho proceso se caracteriza por un crecimiento y un desarrollo acelerado que se podría describir como una “Furia Hormonal”. El eje “Hipotálamo – Hipofisario”, en el Sistema Nervioso Central, segrega gonadotrofina, hormona Luteinizante y hormonas sexuales (estrógeno en las mujeres y testosterona en los hombres).

Otras partes del cerebro también sufren modificaciones. La corteza pre-frontal posee gran actividad, siendo la responsable de funciones cognitivas tales como proyectos, planes y la ejecución de los mismos, así como el bloqueo de conductas. Esta parte crece durante la adolescencia. Estudios recientes sugieren que, de acuerdo al desarrollo de esta área durante este período, puede afectar su función.

En tanto al striatum ventral derecho se lo relaciona por la búsqueda de premios en base al comportamiento. A diferencia de la corteza pre frontal, su actividad baja en la adolescencia. Por su parte, la glándula pineal produce la Hormona *mecatoma*, que es la inductora del sueño. En la adolescencia, su máximo aumento se da en el día, lo cual explica que los adolescentes duerman mucho más durante la jornada.

Una de las partes del cerebro que también debe mencionarse es el cuerpo calloso. Su desarrollo comienza antes y durante la pubertad (adolescencia temprana). En él se cruzan las fibras nerviosas de un lado al otro (hemisferio derecho del cerebro con hemisferio izquierdo). Por otro lado, en la adolescencia puede producirse un agrandamiento de la amígdala. Se la relaciona con reacciones instintivas, temor, comportamiento agresivo. Esta región se desarrolla en forma temprana.

Un estudio realizado en el Instituto de Neurociencia Cognitiva de la University College (Londres) determinó que en el proceso de adolescencia se mantiene parte de la estructura cerebral de la niñez. Las zonas del cerebro que ejercen el autocontrol sobre los impulsos no están totalmente formados (corteza pre frontal). Estas estructuras forman parte del llamado mecanismo de recompensa, por lo que la adolescencia es la etapa donde se potencia cualquier mecanismo adictivo, con lo cual, las adicciones no son sólo un problema de conducta, sino también un problema vinculado al desarrollo cerebral.

Los grandes cambios bioquímicos que se producen en esta etapa llevan a buscar nuevas experiencias, prueban, pero no están listos aún los mecanismos fisiológicos de contención. Junto a los cambios biológicos, la fase de desarrollo entre infancia y adultez se acompaña de cambios físicos.

En las niñas, dichos cambios físicos quedan evidenciados en el surgimiento del botón mamario, el aparecimiento del vello púbico, axilar y corporal, acné, el desarrollo de

la glándula de Bartolino; así como también en cambios referidos al crecimiento esquelético, aumento de la grasa corporal, el cambio en la voz y una mayor actividad de las glándulas sudoríparas.

Algunos de estos cambios presentados en las mujeres, pueden verse compartidos por los ocurridos en los varones. Tal es el caso del cambio en la voz, el acné, la mayor actividad de las glándulas sudoríparas, el aumento de grasa corporal y el crecimiento de vello púbico y corporal, con la diferencia que en el varón también se da el surgimiento del vello facial. Como notas particulares de cambios físicos presentes sólo en los niños, podemos encontrar el crecimiento de los testículos, el aumento del tamaño del pene, el desarrollo de túbulos seminíferos, agrandamiento del epidídimo, vesículas seminales, próstata y espermatogénesis. En esta etapa, también comienzan a producirse erecciones con mayor frecuencia.

El área cognitiva también es alcanzada por la adolescencia. Los cambios mentales que se manifiestan en esta etapa constituyen un desafío relacionado con la búsqueda de quiénes son o lo que desean ser, la formación de la identidad. Una identidad no sólo psicológica o sexual, sino que implica un manejo de su autonomía. Además, se produce un cambio de pensamiento. Lo que en la infancia suele ser para descubrir y examinar, en esta etapa se torna objeto de conocimiento formal (pensamiento abstracto).

En esta etapa, el adolescente va dejando atrás costumbres estructuradas, en resguardo de lo creativo, evaluando hipótesis, probando experiencias nuevas (PIAGET). Hay una capacidad afectiva para sentir y desarrollar emociones, discriminar sus afectos. Pierde la espontaneidad de la infancia, pudiendo reprimir relativamente sus emociones. Hay introversión, con tendencia a la impulsividad; juzgan con facilidad, no consideran las consecuencias de sus acciones, se tornan egoístas e incomprensivos.

Sin dudas, los cambios más importantes están relacionados con su nueva condición física, con una imagen diferente de su cuerpo. No obstante, la controversia de aceptar su nuevo cuerpo y la adaptación al mismo, una mente en proceso de cambio a una imagen de adulto, implica también un profundo cambio a nivel psicológico y social.

Se enfrentan a tomar sus propias decisiones, aunque aún necesitan un respaldo. Piensan que los observan y que cuestionan su conducta. Son fluctuantes en sus estados de ánimo, suelen ser ansiosos, irritables, vulnerables. Son egocéntricos, no quieren pasar desapercibidos. A pesar de ser temerosos, se involucran en situaciones peligrosas o emocionantes. Prefieren las actividades sociales más que las tareas escolares, por lo que suele decaer el rendimiento.

Los padres dejan de ser referentes en sus vidas, y sus amigos adquieren una gran importancia. Desean ser aceptados y aprobados, principalmente por sus pares. Lo más importante es la formación de su identidad. Se vuelven muy susceptibles a imitar o idealizar personajes mediáticos, amigos o aceptar el etiquetamiento social.

4.2.1 Adolescencia y consumo de estupefacientes

La adolescencia se considera la etapa más vulnerable para el inicio del consumo de estupefacientes. La OMS señala que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, y el 85% se encuentra en condición de pobreza. La pobreza es un factor preponderante que induce a la frustración emocional en etapas de la vida cuyo desarrollo neurológico se ve afectado por un ambiente inhóspito, mala alimentación, y susceptible a favorecer la adicción a drogas, que son más fáciles de obtener que una respuesta a un cambio socioeconómico y cultural que resguarde a los individuos de esta tremenda enfermedad social cada vez mas invasiva.

Los adolescentes que se inician en el consumo de drogas, por lo general lo hacen para probar. Otros lo hacen para lograr aceptación por parte del grupo social con el que se relacionan; sumados a personajes mediáticos, artistas y cantantes adoptados como modelos o ejemplos a imitar, con un historial de consumo de conocimiento popular. Sin embargo, ya que la droga abarca todos los estratos sociales, es lícito preguntarse cuál es la necesidad que se busca satisfacer. Ante esto debe responderse que cualquiera sea la persona que se inicia en el consumo de drogas lo hace para alcanzar emociones placenteras. Estas son el principal objetivo que motiva la conducta para seguir consumiendo la sustancia.

Los adolescentes prueban sustancias tanto legales como ilegales, para sentirse bien, aliviar el stress, evadir la realidad; muchos tienen antecedentes familiares de consumo. Los antecedentes familiares de consumo, los adolescentes con estados de ánimo fluctuante, depresión, baja autoestima, culpa, corren con mayor riesgo que otros adolescentes que consumen por curiosidad.

Cuando el adolescente comienza con el abuso de sustancias, hay varios signos de sospecha que pueden advertirse, tanto a nivel físico como psicosocial. Entre los físicos observamos la fatiga, insomnio, ansiedad, ojos enrojecidos, tos persistente e inapetencia. Mientras que en los signos de índole psicosociales encontramos irritabilidad, baja estima, cambios de personalidad, desinterés, depresión, pérdida de comunicación con sus relaciones familiares y sociales, la no aceptación de límites, el bajo rendimiento escolar, irresponsabilidad, ausentismo académico, problemas con la ley, desorden y cambio de apariencia.

La falta de información o la distracción de los padres por otras preocupaciones, indiferencia o por la creencia tan frecuente que no puede ocurrir que un adolescente de su familia consuma drogas, agrava mucho mas la posibilidad de ayudar a las personas afectadas a una pronta rehabilitación.

Muchos se inician con las bebidas alcohólicas, nicotina, marihuana, paco, crack u otras. Cualquiera sea la sustancia de elección, la relación entre la droga y la adolescencia refleja una carencia afectiva sostenida en el tiempo por indiferencia social.

4.3 La relación entre adicción y delito

4.3.1 Droga y delito

Se ha tornado verdaderamente preocupante el uso y abuso de sustancias en poblaciones adolescentes, donde el consumo de alcohol y drogas lícitas crece cada vez más en menores (adolescencia temprana).

La falta de recursos en esta población, en etapa de formación escolar, que carece de trabajo o proviene de medios carenciados, en su afán compulsivo de conseguir recursos para obtener droga, se inician en el delito. Pero no solo se los vincula con diferentes delitos, sino también son la mejor elección para traficarlas, dada su inimputabilidad legal. De ahí tenemos delitos compulsivos para obtener drogas; y otros bajo el efecto de las mismas como estímulo para poder delinquir.

En países de América Latina se han realizado estudios sobre la relación droga – delito bajo el modelo de Goldstein (1985), el cual especifica tres conexiones: la conexión sistemática, la conexión económica – compulsiva y la conexión psicofarmacológica. La primera de ellas trata sobre los delitos cometidos dentro del mercado ilegal de drogas, luchas entre productores, intermediarios, consumidores, para obtener ventajas en el territorio de comercialización.

Por el lado de la conexión económica – compulsiva, refiere a aquellos delitos para obtener recursos con los cuales adquirir la droga. Por último, la conexión psicofarmacológica abarca a aquellos que se drogan para poder delinquir. En 1995, Paul Goldstein señala los siguientes casos¹:

1. Disputas sobre territorios entre distribuidores de drogas rivales
2. Asaltos y homicidios cometidos dentro de la jerarquía de distribución, como medio de imponer códigos normativos.
3. Robos a distribuidores de drogas y la retaliación violenta del distribuidor o jefe.
4. Eliminación de informantes.
5. Castigo por vender drogas adulteradas o falsas.
6. Castigo por no pagar deudas.
7. Disputas sobre drogas o su parafernalia.

¹ Extraído de www.pensamientopenal.com.ar/aros/2007/escosoc.pdf Fecha de recuperación: 24/5/14

8. Robos violentos relacionados con la enología social del control de aéreas.

4.3.2 Droga, violencia y delito.

Las drogas pueden ocasionar delitos violentos como no violentos. Los porcentajes obtenidos son del 5,5% para delitos violentos bajo el efecto de la cocaína, pasta base, marihuana; y el 6,5% bajo efectos de bebidas alcohólicas. En la relación droga-delito cabe diferenciar el delincuente que consume sustancias, y el adicto. La ley 23.737 contempla esta problemática en el artículo 20:

Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que ingresa al delito para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función del nivel de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

Sin duda la prevención en la lucha contra la droga es la clave para disminuir el delito. Esto permitirá, además, discernir la diferencia entre la enfermedad y la naturaleza de una conducta criminal.

4.3.3 Peligrosidad criminal

La peligrosidad se le atribuye a personas que eventualmente pueden generar daño. La peligrosidad criminal específicamente se aplica en las personas de carácter violento o arriesgado que puedan ocasionar daño o hechos delictivos. Es difícil la evaluación y qué debe ser evaluado en el momento en el cual la conducta del individuo la evidencia. La enfermedad psíquica no siempre es peligrosa, sino que hay que contemplar las variables que se ajusten a síntomas estudiando su patología y otras influencias no relacionadas por la misma. La nueva ley de salud mental 26.657 cambió el término peligrosidad por riesgo inminente de vida.

4.3.4 Conducta adictiva y conducta delictiva

Resulta conveniente mencionar las características que presentan tanto una conducta adictiva como una delictiva. Generalmente, una persona que presenta un modo de conducta adictiva no acepta su condición de adicto. Se aparta de su núcleo familiar y se relaciona culturalmente con otros adictos. No planifican ni tienen proyección de futuro. Posee una baja autoestima, y presenta rasgos de inmadurez, inseguridad, ansiedad e irresponsabilidad. Dicha conducta trae aparejada una inestabilidad tanto laboral como académica.

Suelen volverse mentirosos y manipuladores, a la vez que no aceptan límites. Sus relaciones íntimas entran en conflicto, se sienten rechazados y presentan un comportamiento paranoide. Descuidan su imagen y se convierten en personas desconsideradas que culpan al otro de sus fracasos. Presentan crisis de identidad. No pueden controlar sus conductas internas ni su stress.

La conducta delictiva, por su parte, se asocia a un modo de conducta antisocial. Según el trabajo realizado por López Soler y López López (2003), ambas conductas (delictiva y antisocial) poseen relaciones significativas. Son rasgos característicos la impulsividad, la ansiedad, la excitabilidad, la extraversión, la independencia, la falta de autocontrol y la imposibilidad de interiorizar normas.

4.3.5 Imputabilidad e inimputabilidad

La imputabilidad es un concepto jurídico que interacciona con la visión psicológica forense para responsabilizar la culpabilidad de un delito. Implica que la persona que comete un delito pueda comprender la criminalidad del acto y dirigir sus acciones. Si no puede cumplir con estos ítems, se considera inimputable. En el Código Penal Argentino, en el artículo 34 inciso primero, contempla la inimputabilidad:

El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de

inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

La participación psico-medico-jurídica valorará distinguir entre salud y enfermedad o simulación de la misma. A este respecto, el DSM IV enuncia el marco en el cual debe basarse el médico legista para determinar si presenta una patología orgánica. Estos elementos a tener en cuenta son: Si presenta síntomas para beneficiarse; neurosis de compensación; síntomas propios del hecho y stress postraumático. Es de destacar el caso de los adolescentes menores que se involucren en el tráfico de drogas, ya que su condición de menores los exime de las penas que les corresponderían a los adultos.

4.3.6 La drogadicción en los contextos de vulnerabilidad social

En nuestra sociedad vemos reflejada la vulnerabilidad de aquellos que la componen. Y aún en otros países surgen crisis. Pero mucho más evidente resultan en países que carecen de políticas de estado, donde el gobernante que preside no continúa los logros del gobernante anterior, funcionarios que se destacan por su labor intachable son reemplazados por el partido político ganador.

Las políticas demagógicas, que solo logran aplacar transitoriamente las necesidades de los habitantes, no actúan sobre lo más importante, que es la promoción auténtica de la justicia social, completando salarios que permitan cubrir las necesidades mas importantes como la alimentación, salud, educación, seguridad, libertad de expresión, credo e ideología.

Si bien es evidente el avance de derechos, la esclavitud hoy sigue vigente por medio de la ignorancia. El descuido del mantenimiento de las escuelas públicas, una educación primaria que recibe subsidios, con tantas diferencias difíciles de comprender y que fabrica rebeldía en los adolescentes.

La falta de trabajo o salarios insuficientes impacta negativamente en la familia, ya que los roles paternos salen a trabajar, están muchas horas lejos de sus casas, niños que quedan al cuidado de hermanos menores, de otros familiares, o lo que es peor, en la calle.

En adolescentes menores (12-14 años), estas situaciones les implican ejercer roles cuyo proceso psicológico acorde con esta etapa de sus vidas no cuenta con la experiencia suficiente para tal responsabilidad, y más aun, no pueden acceder a vivencias necesarias para su desarrollo emocional.

La falta de comunicación, el escaso tiempo para el dialogo, conducen a una disgregación familiar, donde nadie conoce las necesidades emocionales y afectivas de los miembros que la conforman. De hecho, muchos padres se han enterado luego de mucho tiempo del inicio de consumo de sus hijos.

Dado que la adicción a estupefacientes es una enfermedad que demanda un costo importante , no hay un sistema de salud que pueda contemplarla y gran parte de la población queda fuera de la posibilidad de asistencia.

En las políticas sanitarias de recortes, nadie propone leyes que resguarden a la población de un sistema perverso, prohibiendo a los establecimientos sociales y privados asociar a personas y no tener recursos para responder sus requerimientos. Muchos adictos viven alejados del Gran Buenos Aires y no tienen consultorios, ni clínicas cercanas, y frente a sus reclamos algunos servicios ofrecidos por organizaciones civiles o públicas les brindan el médico a domicilio, con las desventajas que se pierde el control por consultorio, donde se hace la prevención.

Los medios de comunicación, la televisión, publicitando imágenes corporales significativas para lograr el éxito influncian a adolescentes a no aceptar su cuerpo tal cual es, generando enfermedades como anorexia, o bien imitando conductas erróneas que no contribuyen a su formación cultural.

El neoliberalismo – teoría propuesta por el economista Milton Friedman – limita el papel del Estado en áreas económicas, proponiendo políticas monetarias y fiscales restrictivas, la liberación y desregulación para el comercio y las inversiones consideradas

como aporte para el crecimiento económico. Considera más efectiva la privatización que los servicios públicos.

Esta teoría fue implementada en la mayoría de los países del sur de América y en nuestro país generó una crisis devastadora (desde 1976 hasta 2001). Dicha política dejó como resultado una desocupación del 20%, aumento de la pobreza (de un millón a 14 millones de personas), aumento de la pobreza extrema (de 200.000 a 5.000.000).

En diciembre de 2000 la deuda externa pública y privada era de 145.000 millones de dólares. Esto provocó que una importante porción de la población careciera de la alimentación básica, favoreciendo la discriminación, el etiquetamiento, el aumento del consumo de sustancias, villas de emergencias y el consecuente aumento del delito.

El desánimo social impactó en el desarrollo psicosocial de las poblaciones adolescentes desamparadas durante el proceso de globalización. Los cambios económicos generaron mayor egoísmo e indiferencia social.

Mientras los padres o familiares de adolescentes organizan campañas contra el consumo de drogas, la mayor participación popular es de aquellos que padecen la misma problemática. El resto de la población, aun en conocimiento de los problemas graves que ocasionan las drogas ilícitas, recién toman conciencia de sus consecuencias cuando son víctimas de delitos relacionados con el consumo de las mismas.

La sociedad no posee motivación suficiente para contener las necesidades de los niños y adolescentes, un cambio de pensamiento que impacte en la cultura. Mensajes desalentadores que llegan a los jóvenes. “La droga es un camino sin retorno“, frase que se ha popularizado, no muy motivadora. El ser humano rige su vida de acuerdo a lo que cree, sea religiosa o no; necesita incentivos, proyectos, creer que se puede. Por una puerta se puede entrar y salir muchísimas veces, el final de un camino puede ser el principio para otros. El hombre elige su camino, y lo más importante es darle los conocimientos que le permitan discernir lo bueno de lo malo, y ejercer su libertad.

4.3.7 Relación entre trastorno de personalidad y conducta delictiva

Se puede definir la personalidad como un patrón de sentimientos y conductas únicas y singulares en un sujeto, un todo integrado por componentes biológicos, sociales, innatos, aprendidos. Esta personalidad puede verse alterada. Dicha alteración la conocemos como trastorno de personalidad. Podemos agrupar dichos trastornos en tres grupos (DSM – IV): Los raros o excéntricos, los emocionales e impulsivos y los ansiosos y temerosos.

Los trastornos que se encuentran agrupados en la primera instancia son aquellos que presentan una personalidad paranoide, esquizoides o esquizotípica. Por lo general se muestran desconfiados hacia los demás, suspicaces, pueden tener trastornos psicóticos, ideas delirantes, creencias extrañas. No buscan ayuda, pues creen que siempre el problema radica en el otro. Por el lado del trastorno paranoide, las personas que lo padecen sufren de ansiedad, depresión, se vuelven negativos y tienen a consumir sustancias. Se les atribuye el 75% de los delitos violentos.

Las personas con trastorno esquizoide, por su parte, no se involucran en relaciones sociales, no suelen expresar sus emociones, son indiferentes, coléricos, no acatan órdenes y tienen gran propensión al suicidio. Los delitos que se asocia a esta patología son el abuso de menores, robos y pueden ser extremadamente violentos. Finalmente, el trastorno esquizotípico implica en las personas que lo padecen la poca vida social, suelen ser solitarios y de pensamientos negativos, tienden a distorsionar la realidad y a deprimirse. Tienden a cometer delitos son planificarlos.

Las personas que padecen los trastornos mencionados en el segundo grupo se caracterizan por ser cambiantes, manipuladoras, egoísta y malhumoradas. No puede manejar sus emociones, suelen ser obsesivos e impulsivos y tienen gran predisposición al consumo de sustancias. Aquí encontramos trastornos de personalidad histriónicos, trastorno narcisista, antisocial y el trastorno límite de personalidad.

Respecto al primero, suelen ser teatrales, dramáticos, seductores e incapaces de mantener relaciones profundas y duraderas. Necesitan ser gratificados, buscan

constantemente ser aprobados. Poseen una gran habilidad para interpretar las emociones de los demás. Tienden a ser calumniadores y violentos. Se puede asociar este trastorno a otros de este mismo grupo como el anti social o el narcisista. Con respecto al trastorno narcisista, encontramos en él personas arrogantes que viven de apariencias.

Tienen un gran sentido de auto importancia, piensan que son especiales; son pretenciosos y envidiosos, carecen de empatía y tienen tendencia a utilizar a las personas como herramientas anteponiendo sus deseos frente a otros; son agresivos. Aquellos que padecen el trastorno anti social son personas que en general no respetan los derechos de los demás, no tienen valores y pueden ser irresponsables, autosuficientes, con falta de empatía y temerarios.

Su comportamiento es agresivo y peleador. Suelen ser vengativos. Tienen tendencia al consumo de sustancias adictivas. Por el lado de trastorno de personalidad limite, encontramos personas inestables emocionalmente, muy impulsivas, cambiantes, ambivalentes y dependientes de otros. Su pensamiento es fluctuante y tienen baja tolerancia a la frustración. Este trastorno es más frecuente en mujeres, y se lo asocia a delitos tales como robos, hurtos, conductores peligrosos, actividad sexual de riesgo y violencia doméstica.

Por último, el tercer grupo de trastorno presenta rasgos de baja estima, sentimientos de inferioridad. Las personas que los padecen suelen ser calladas, retraídas y tímidas. Se involucran en delitos como el tráfico de drogas. Los trastornos presentes aquí son el obsesivo compulsivo, el trastorno por dependencia y por evitación. Las características presentes en las personas obsesivas compulsivas están relacionadas al perfeccionismo, a la dedicación al trabajo en forma excesiva, a no querer delegar tareas.

Tienen problemas para expresar afectos. Suelen ser obstinadas, avaras, sumamente ordenadas, rígidas e inflexibles. Por lo general acumulan objetos. También son proclives al abuso de sustancias. El trastorno de dependencia presenta signos de temor al abandono o a la separación y una gran dependencia hacia los otros. Estas personas no pueden asumir decisiones ni responsabilidades y las delega a los demás. No pueden valerse por sí mismas ni sienten confianza en ellas. Al contrario, se sienten débiles, inútiles e incapaces.

Son fácilmente influenciables. Se la relaciona con la violencia de género. Finalmente, el trastorno de evitación nos presenta personas que se aíslan socialmente, muy sensibles al rechazo y con gran temor a la separación. Al igual que en el trastorno de dependencia, su autoestima es baja y poseen gran complejo de inferioridad. Delinquen con poca frecuencia, ocasionalmente abusos o agresión sexual.

De la descripción de los diferentes trastornos de personalidad podemos observar que de acuerdo a cada trastorno, existe una tendencia mayor o menor a cometer delitos. De este análisis, se desprende que los delitos más graves y violentos son cometidos por las personas que padecen los trastornos presentados en el primer grupo, mientras que los descritos en segundo lugar cometen delitos de mayor violencia instrumental. Por último, el tercer grupo muestra una relación delictiva menos frecuente. Cabe destacar que no todos los trastornos de personalidad son proclives a cometer delitos, así como no todos los delincuentes tienen trastornos de personalidad.

5. Metodología

Para la realización de esta investigación se implementó un diseño no experimental bajo un enfoque cualitativo. Por tratarse de un diseño no experimental, el investigador “somete lo real, tal como se presenta, a la lectura de sus instrumentos” (Rut Vieytes, 2004: 115) y no modifica deliberada y artificialmente las variables en estudio, controlándolas o manipulándolas, como ocurren en los diseños experimentales.

De acuerdo al enfoque metodológico adoptado, “la investigación cualitativa se enfoca a comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández Sampieri, 2010: 364). Lo que se busca, en último término, es estudiar el fenómeno que se presenta desde el punto de vista particular de los sujetos que tienen conocimiento del mismo, profundizando en sus experiencias, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.

En relación al alcance de los objetivos propuestos, se trata de un estudio de carácter exploratorio. Para la obtención de la información se utilizaron fuentes primarias, aplicando la técnica de la entrevista en profundidad. El instrumento para la recolección de los datos se confeccionó a través de una guía de preguntas abiertas. El universo o población de estudio estuvo compuesto por todos los docentes de los colegios del nivel secundario de las localidades de Tapiales y Ciudad Evita pertenecientes al Partido de La Matanza (Buenos Aires).

La muestra quedó conformada por un total de 4 directivos colegios, cantidad que responde a un muestreo de tipo no probabilístico intencional. Es no probabilístico por cuanto no todos tuvieron la misma posibilidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra, sino solo aquellos que se consideraron idóneos, en el sentido de que podían aportar información útil para esta investigación.

Además, se trató de una selección intencional puesto que “se parte del supuesto de que las unidades seleccionadas son las más características o las que pueden proporcionar la mayor información sobre la población para estudiar un problema en particular” (Vieytes,

2004: 404) Para la conformación de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios: a) el sexo de los directivos era indistinto; b) las personas a entrevistar debían contar con un mínimo de 3 años de experiencia como directivo de la Institución.

5.1 Instrumento de recolección de datos: cuestionario

- 1) ¿Qué acciones educativas fueron implementadas durante el ciclo lectivo 2012 a fin de prevenir la drogadicción de los adolescentes que concurren a la escuela?
- 2) ¿Qué capacitación tienen los docentes del Colegio para afrontar problemáticas de adicción?
- 3) ¿Qué mecanismos utilizaron para evitar el consumo y/o comercialización de drogas en el Colegio?
- 4) ¿Considera que el consumo de drogas tiene relación con la delincuencia juvenil de la localidad?
- 5) ¿Qué nivel de conocimientos poseen los jóvenes que concurren a la escuela sobre adicciones?
- 6) ¿Qué actitud o predisposición tienen los jóvenes que concurren al establecimiento en relación a la prevención de las adicciones?
- 7) ¿Cómo se aborda la problemática de las adicciones desde los distintos espacios curriculares? ¿Qué temas se puntualizan?
- 8) ¿Qué tipo de ayuda recibe la escuela de parte de las instituciones públicas o privadas?
- 9) ¿Se han dado casos de alumnos con algún tipo de adicción en la Escuela?
- 10) Si se han presentado casos de adicción en alumnos:
 - a) ¿Qué tipo de sustancias eran las que consumían los jóvenes?
 - b) ¿Qué conductas manifestaban dichos alumnos en la escuela?

c) ¿Cómo incidía la adicción en el proceso de enseñanza/aprendizaje?

d) ¿Cuál era el compromiso de la familia de los jóvenes afectados en el proceso de aprendizaje y, particularmente, en el tratamiento de la adicción?

6. Resultados

En lo que concierne específicamente a la salud, podemos distinguir y enumerar cuatro tipos y grados de prevención: primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria. Un grado de prevención primaria es aquel que se realiza antes que aparezca la enfermedad. Aquí se intenta promocionar la salud, por ejemplo a través de campañas. Se brinda una protección específica, como sanidad e higiene ambiental o vacunación; y por último se trata de evitar algún tipo de enfermedad específica por medio de la quimioprofilaxis.

En el tipo de prevención secundaria nos encontramos con un diagnóstico precoz (cribado o screening) y un intento de detectar la enfermedad aún presente en forma asintomática. Abarca toda enfermedad en estado inicial. Se realizan pruebas de alta sensibilidad, alta especificidad y de valor predictivo positivo. Las pruebas cribadas poseen una muy buena relación costo-efectividad. Este tipo de prevención disminuye la morbilidad y la mortalidad. En tanto la prevención terciaria se ocupa del restablecimiento de la salud una vez aparecida la enfermedad. Intenta evitar las causas o el contagio de una enfermedad ya padecida. Por su parte, la prevención cuaternaria evita las intervenciones innecesarias o excesivas.

En relación al consumo de sustancias adictivas, la niñez y adolescencia son las etapas más importantes para la prevención, dado los cambios que en estas etapas se suscitan y que ya se han mencionado en el marco teórico de este trabajo. El DSM IV define al trastorno adictivo como una reacción maladaptativa a un alógeno. En lo que respecta a la prevención del consumo de drogas, es importante tener en cuenta aquellos factores de riesgo que favorecen dicho consumo.

El abuso de las drogas parece ser el resultado de distintos factores de riesgo genéticos, biológicos, emocionales, cognoscitivos y sociales, que interactúan con las características del contexto social. De este modo, las variables individuales y sociales pueden conjugarse haciendo que una persona tenga más o menos riesgo de abusar de las drogas e influyendo en la progresión del consumo de drogas al abuso de drogas y a la adicción.

La escuela desempeña un rol vital en la prevención en cuanto que es el ámbito de socialización más importante de los niños y adolescentes luego del contexto familiar. Incluso cuenta con herramientas formativas que difícilmente pueda aportar el entorno inmediato de los alumnos, sin contar que, por otra parte, se dan un marco especial de aprendizaje y determinadas condiciones que en el ámbito familiar no se pueden reproducir.

En relación a las acciones educativas que fueron implementadas durante el ciclo lectivo 2012 a fin de prevenir la drogadicción de los adolescentes en los colegios del nivel secundario de las localidades de Tapiales y Ciudad Evita pertenecientes al Partido de La Matanza (Buenos Aires), los directivos entrevistados comunicaron que en sus instituciones se realizaron talleres y charlas acerca de las drogas y sus mecanismos. Los directivos precisaron que en sus escuelas se da mucha trascendencia a acciones motivadoras que incentivan a los adolescentes a involucrarse en proyectos educativos junto con sus docentes, y que eso opera como mecanismo de contención y socialización.

Entre algunas de esas actividades mencionaron: hacer maratones de Matemáticas, Geografía o Historia; salidas como desayunos saludables al aire libre; charlas sobre el cuidado del propio cuerpo, alimentación natural, fomento de las relaciones sociales en bien de la aceptación y valoración de cada individuo, cualquiera sea su condición social o género.

Sobre la capacitación que tienen los docentes de sus colegios para afrontar problemáticas de adicción, los directivos indicaron que cada profesor aborda el tema de acuerdo a su formación. Hay docentes, médicos, abogados. Docentes de diferentes materias se han interiorizado y perfeccionado, acudiendo a clases y cursos de capacitación en los institutos que se dedican exclusivamente a la problemática.

Dado que un posible escollo a evitar a nivel institucional es el consumo de drogas dentro del colegio, se les preguntó a los directivos qué mecanismos utilizaron para evitar el consumo y/o comercialización de drogas en el ámbito escolar. Los mismos señalaron que los colegios se rigen por un convenio de convivencia, donde se implementan las normas de conductas permitidas dentro del contexto escolar para asegurar el bien común y evitar situaciones que perjudiquen el correcto desempeño de la institución. Este convenio lo

firman los padres y los alumnos. Luego, la dirección y el personal docente trabajan conjuntamente con los alumnos para su efectivo cumplimiento.

Consultados sobre si el consumo de drogas tenía relación con la delincuencia juvenil de la localidad, los directivos no vacilaron en afirmar taxativamente, precisando que si bien no todos los delincuentes son adictos, así como no todos los adictos delinquen, hay una estrecha relación entre consumo y delito. Todos los directivos coinciden en que la exclusión social es la principal responsable a tener en cuenta en la lucha contra las adicciones y el delito.

Llama la atención lo que respondieron acerca del nivel de conocimientos que consideraban que tenían los jóvenes que concurren a la escuela sobre adicciones. Sostienen en este punto que, dado el auge que ha tenido el tema de las adicciones, la mayoría de los adolescentes conocen sobre esta problemática social, muchos por haberla experimentado y otros por el entorno, pero no hay desconocimiento del tema.

Afirman igualmente que los alumnos que concurren a los establecimientos tienen buena predisposición en relación a la prevención de las adicciones, al menos prestan atención cuando se trata el tema en las clases o cuando surge una inquietud dentro del grupo. En los distintos espacios donde se aborda la problemática, los docentes subrayan en cómo la adicción destruye al individuo, deteriorando su condición humana hasta proyectarse en el deterioro de sus vínculos más cercanos, los priva de disfrutar la vida y compartirla, y les impide frenar y tomar decisiones, generando una frustración importante, rompiendo los principios elementales de un ser humano.

Cabe señalar que las escuelas no recibieron ningún tipo de ayuda de parte del sector público o privado en relación a la prevención de la drogadicción. Mencionan que, afortunadamente, no se han dado muchos casos de alumnos con problemas de adicción, más bien han sido esporádicos. Esto lo asocian al trabajo motivador, teniendo en cuenta el estricto reglamento de no permitir ingresar al establecimiento sustancias adictivas. Ante cualquier problema cuentan con gabinete psicopedagógico, y si se presentan hechos violentos, con la comisaria de la zona. La sustancia que consumían los alumnos adictos era

cannabis, aunque no pudieron precisar con certeza si era el único tipo de droga y en qué cantidad lo hacían.

Existen ciertas señales de alerta que pueden presentar los adolescentes que comienzan el camino de la adicción. Estos signos están ligados a cambios que van desde lo físico hasta lo actitudinal y emocional. Dentro de los signos que es posible encontrar pueden mencionarse: el aspecto desalineado, estados de ansiedad, depresión, irritabilidad y poca tolerancia o impaciencia. Comienzan a perder el apetito o, por el contrario, a aumentar desproporcionadamente el mismo; tener somnolencia o insomnio. Es descuidado con sus pertenencias. Se torna irresponsable y no cumple con sus obligaciones.

Estos signos también pueden observarse en el desempeño escolar, con lo cual hay que atender señales como las bajas en las calificaciones, el no cumplimiento de tareas, el ausentismo o las peleas. En el caso de los consumidores de las escuelas en las que se hizo la investigación, dichos alumnos se caracterizaban por tener bajo rendimiento escolar, desinterés, vestimentas extravagantes o desalineadas, conducta rebelde, no acataban límites de convivencia. Se interrumpe así el aprendizaje por la premura de la terapia, retrasando el avance cultural. A los adolescentes afectados por adicciones les cuesta mucho retomar sus estudios.

También los directivos indicaron que en los adolescentes con problemas de adicción padecían una notable alteración en las relaciones interpersonales. Se evidencia una falta de comunicación, dificultades para tomar decisiones, falta de límites, tensión, aislamiento o desconfianza respecto de las personas que les rodean. También suelen alejarse de las buenas amistades y relacionarse con grupos cuestionadores o antisociales.

Interrogados sobre cuál era el compromiso de la familia de los jóvenes afectados en el proceso de aprendizaje y, particularmente, en el tratamiento de la adicción, los directivos respondieron que los familiares tratan de colaborar en el proceso escolar, pero también ellos necesitan tratamiento y contención. Muchos padres padecen la falla del sistema sanitario, no tienen cobertura social y los centros de internación o de tratamiento ambulatorio son lejanos.

La escolaridad y su efectivo cumplimiento resguardan a los alumnos de la condición de calle, o de momentos ociosos que generan conductas equivocadas y elecciones sin futuro. Más allá de reconocer que la problemática de la drogadicción es un fenómeno social en ascenso y que la escuela no puede permanecer ajena a dicha realidad, los directivos se mostraron optimistas respecto a la labor y al rol de la escuela. Uno de los cuales afirmó:

Hoy nuestro país tiene poblaciones de adolescentes que provienen de otros países, algunos de los cuales están marcados con el estigma del narcotráfico como algo cotidiano. Esto nos desafía a trabajar más fervientemente, y con el compromiso de perseverar en la tarea educativa, que incluye socialmente en igualdad de condiciones, para que este concepto social se grave en la juventud y puedan sentirse libres, confiados y seguros. (P.L., directivo)

7. Conclusiones

Puede observarse cotidianamente que cada vez es más frecuente en la etapa de la adolescencia el consumo de cigarrillos, alcohol y drogas de diverso tenor que suscitan en el individuo un comportamiento adictivo, con las consecuencias inherentes a este tipo de padecimientos. Es precisamente en esta etapa cuando más conviene desarrollar actividades de prevención primaria y, una vez presente el hábito adictivo, de prevención terciaria.

Una propuesta de programas favorables puede reducir el impacto negativo de este tipo de hábitos. Dichos programas pueden ser universales (factores de riesgo ambientales, escuelas), selectivos (referidos a grupos de niños o adolescentes) o individuales (jóvenes que ya abusan de sustancias).

Si bien en el país existe la Ley 26.586 por la cual se creó el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas en el año 2009, el mismo no se ha instrumentado de modo tal que tenga un alcance real en todas las escuelas, sobre todo aquellas con mayor necesidades en materia de prevención del consumo de drogas o en donde estadísticamente existen mayores índices de casos de drogadicción adolescente.

Las directivos entrevistados reflejaron esta situación en el transcurso de la investigación, por lo que se cree que reforzar este tipo de políticas públicas ayudaría notablemente en la prevención de la problemática en cuestión, sobre todo por el hecho de que el Estado no solo tiene los recursos materiales y económicos necesarios para poder afrontar los costos que implican las actividades de prevención, sino que además posee el poder legítimo para poder incorporar a los programas de enseñanza mayores contenidos sobre el tema y capacitar de los docentes para que estén más preparados al momento de tener que implementar acciones preventivas.

Los directivos entrevistados informaron que en sus escuelas se han presentado casos de alumnos con adicciones a distinto tipo de drogas. Constataron que esta situación llevó a deteriorar el proceso de enseñanza-aprendizaje, y que los docentes pudieron advertir la problemática, no por información de terceros, sino por la observación de los cambios

suscitados en el alumno, sus bajas calificaciones, conductas agresivas, reacciones intempestivas, entre otros.

De hecho, la escolarización contribuye a detectar cambios de conductas que muchas veces pasan desapercibidos en el medio familiar. Es menester que en este ámbito exista un verdadero control, que haga sentir a los niños y jóvenes que hay un interés en sus necesidades. El contexto escolar es una guía para crecer y desarrollarse, con modelos educativos que garanticen la prevención en el tema de salud, no solo en el conocimiento de enfermedades sino como evitarlas, y trabajar para combatir lo que atenta contra la vida.

La escolarización es una de las influencias más significativas en el proceso de la vida, como así también muy importante para la prevención y terapia de procesos adictivos, ya que salud y educación van de la mano. Es un medio que permite difundir conocimientos y ejercita el desarrollo de la convivencia. Reduce la condición de calle de muchos niños y jóvenes. Evitar el ocio y promover el ejercicio físico es vital en los tratamientos adictivos.

En los colegios del nivel secundario de las localidades de Tapiales y Ciudad Evita (Partido de La Matanza, Buenos Aires) que formaron parte de este trabajo de investigación la prevención durante el ciclo lectivo 2012 adoptó principalmente la forma talleres y charlas acerca de las drogas y sus mecanismos. Pero lo que interesa destacar, no obstante, es el hecho de que los directivos precisaron que en sus escuelas se da mucha trascendencia a acciones motivadoras que incentivan a los adolescentes a involucrarse en proyectos educativos junto con sus docentes, y que eso opera como mecanismo de contención y socialización.

Entre algunas de esas actividades mencionaron: hacer maratones de Matemáticas, Geografía o Historia; salidas como desayunos saludables al aire libre; charlas sobre el cuidado del propio cuerpo, alimentación natural, fomento de las relaciones sociales en bien de la aceptación y valoración de cada individuo, cualquiera sea su condición social o género. La nomina, ínfima por cierto, de las actividades que suelen realizarse en esos colegios muestra que en dichas escuelas prevalece un modelo de prevención distinto al tradicional esquema prohibitivo que han adoptado las acciones de prevención en el ámbito escolar.

Se pudo apreciar, de esta forma, el surgimiento de otra propuesta preventiva para los alumnos que consiste en promocionar la salud, el cuidado del cuerpo y la construcción de proyectos de vida significativos. En efecto, estrategias que podrían ejemplificarse a través de consignas tales como “Decile no a la droga”, “Droga o vida” o “Por un mundo sin drogas” implican un tratamiento indiferenciado sobre cualquier tipo de droga, sin tomar en cuenta la relación que el sujeto establezca con la misma, terminan, como ya hemos señalado, conduciendo a la pérdida de credibilidad del mensaje.

Resulta imperioso, entonces, a la luz de los colegios analizados, invertir el paradigma de acción: no prevenir la drogadicción, sino promover la salud. Educar en positivo. Señalar las consecuencias del consumo de drogas o sustancias adictivas, pero no poner el ímpetu educativo allí. Lo prohibitivo engendra en el joven el rango de objeto subyugador que debe deponerse, al que hay que desafiar. Incluso puede convertirse en el medio para poder rivalizar con la autoridad —padres, líderes religiosos, profesores— y transgredir normas sociales y culturales.

Ahora, sólo en la medida en que la escuela sepa identificar y tenga la capacidad de canalizar las problemáticas, inquietudes, necesidades e intereses de los jóvenes, será posible generar un ámbito propicio para la construcción de prácticas de cuidado de uno mismo y de los otros. Aún más, quienes son responsables de llevar a cabo acciones preventivas deben tener en cuenta que para asegurar su efectividad hay que lograr comprometer al grupo, promoviendo actitudes participativas y solidarias que, por otra parte, son distintivas del espíritu juvenil, por lo que no se hará otra cosa que aguzar lo que en ellos está en potencia y espera ser activado.

En la cuestión del uso y abuso de sustancias hay que trabajar particularmente para lograr una conciencia social que tenga como objetivo el bien común, involucrarse con las necesidades del otro, aun sin ser víctimas de ello. Una de las primeras acciones que deberían implementarse siempre es la de dilucidar la problemática para no obrar por prejuicios ni estigmatizando a quienes consumen drogas.

Por ejemplo, es importante entender que consumo no es sinónimo de adicción, y que ello tampoco implica necesariamente una asociación con conductas delictivas. Saber estas

cuestiones podrá ayudar entonces a no distanciarse de las personas que han caído en el consumo de drogas y poder formar con ellas alianzas o grupos de trabajo.

A nivel educativo, sería recomendable la implementación de Educación Sanitaria como un espacio curricular obligatorio de acuerdo al nivel de comprensión para ir acompañando desde el ámbito de formación formal y en el marco de contención que implican los mecanismos institucionales el crecimiento psicofísico saludable de los alumnos.

A su vez, es necesario reforzar los vínculos entre escuela y familias, creando y fomentando más instancias de participación conjunta en la educación de los hijos/alumnos. No hay que desconocer, en este sentido, que las relaciones familiares pasan por diferentes ciclos o etapas, pudiendo verse afectadas las mismas por crisis. La existencia de un hijo con adicción a las drogas es un hecho disruptivo que genera inconvenientes y problemáticas en el seno familiar.

Para finalizar, son oportunas las palabras de Hannah Arendt al referirse al lugar de los adultos en relación con las nuevas generaciones en el contexto de la educación:

La educación es el punto en el que decidimos si amamos al mundo lo bastante como para asumir una responsabilidad por él y así salvarlo de la ruina que, de no ser por la renovación, de no ser por la llegada de los nuevos y los jóvenes, sería inevitable. También mediante la educación decidimos si amamos a nuestros hijos lo bastante como para no arrojarlos de nuestro mundo y librarlos a sus propios recursos, no quitarles de las manos la oportunidad de emprender algo nuevo, algo que nosotros no imaginamos, lo bastante como para prepararlos con tiempo para la tarea de renovar un mundo común. (2003,pág. 301)

8. Bibliografía:

Academia de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la República Argentina (s/f). Selección de textos para el Curso de Psicopatología Jurídica.

APA (2005). DSM-IV. Editorial Masson: España.

Arendt, H. (2003). "Entre el pasado y el futuro. Ocho ejercicios sobre reflexión política". Editorial Península: Barcelona.

Beconia Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. (2010). "Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación". Ed. Socidrogalcohol: Barcelona.

Bernardi, R. et al. (2004). "Guía clínica para la Psicoterapia". En Revista de Psiquiatría Uruguay 2004;68(2):99-146

Domínguez Cercantes, A. (2011). "Personalidad adictiva". Extraído de: <http://es.slideshare.net/AdnDomnguezCervantes/personalidad-adictiva-7641261> Fecha de recuperación: 23/09/14

Goodman A, Gilman A. (1991) "Las bases farmacológicas de la terapéutica". México, DF: Me Graw Hill-Interamericana.

López Soler, C. y López López, J.R. (2003). "Rasgos de Personalidad y Conducta antisocial y delitiva". En Psicología Clínica Legal y Forense. Vol. 3, Nº 2, 2003, pp. 5-19

Martínez Verdú, R. (s/f). "Drogas, adolescentes y medios de comunicación". Extraído de: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2648886.pdf Fecha de recuperación: 24/5/14

Ministerio de Educación de la Nación (s/f). "Prevención del consumo problemático de drogas". Extraído de: <http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primera-web.pdf> Fecha de recuperación: 06/06/14

Minuchin, S. (2009). "Familias y terapia familiar". Ed. Gedisa: España

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010). "La relación droga y delito en adolescentes infractores de la Ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay." Extraído de: <http://www.bvcedro.org.pe/bitstream/123456789/218/1/DEVIDA-SISUID.pdf> Fecha de recuperación: 25/04/14

OMS (1994). "Glosario de términos de alcohol y drogas". Ediciones Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.

Sanz, A. (2010). "Craving: concepto y tipos". Extraído de: <http://medicablogs.diariomedico.com/reflepciones/2010/03/19/craving-concepto-y-tipos/> Fecha de recuperación: 12/11/2014

Tizón, J.L. (1992). "Una propuesta de conceptualización de las técnicas de Psicoterapia". En Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría, Vol. 12, nº 43, pp. 283-294

Vieytes, R. (2004) "Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad." Editorial De las ciencias: Buenos Aires.

Documentación Legal

Ley 23.737 (21/9/1989). Extraído de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/norma.htm> Fecha de recuperación: 16/8/2014

Ley 24.788 (5/3/1997). "Ley de lucha nacional contra el alcoholismo". Extraído de: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/42480/norma.htm> Fecha de recuperación: 15/8/2014

Ley 26.657 (25/11/2010). "Ley nacional de Salud Mental". Extraído de: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> Fecha de recuperación: 2/9/2014

9. Anexos

9.1 Ley 26.586: Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas.

Sancionada: Diciembre 2 de 2009

Promulgada: Diciembre 28 de 2009

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionan con fuerza de Ley:

Título I

Creación

ARTICULO 1º — Toda persona tiene derecho a formarse para tener una vida digna vivida en libertad y es en la familia y en el ámbito educativo que se deben promover los valores, actitudes y hábitos de vida que permitan desarrollar una verdadera educación para la salud y la vida.

ARTICULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación, con responsabilidades concurrentes del Ministerio de Salud, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en coordinación con la SEDRONAR o el organismo que tenga a su cargo las competencias en materia de prevención de las adicciones.

Título II

Objetivo

ARTICULO 3º — El presente programa tiene como objeto orientar las prácticas educativas para trabajar en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del Sistema Educativo Nacional.

ARTICULO 4º — Son objetivos del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas:

- a) Contribuir a formar personas que funden sus comportamientos y hábitos de vida en valores trascendentes que la ayuden a descubrir el sentido de respeto de sí misma, de libertad, de responsabilidad, de búsqueda del bien común y que puedan construir un juicio crítico, acerca de los mensajes que desde los medios de comunicación, fomentan la resolución de malestares o la mejora del rendimiento a través del consumo de sustancias;
- b) Diseñar e implementar acciones interdisciplinarias de educación y prevención sobre las adicciones, el consumo indebido de drogas en el ámbito educativo formal, de manera gradual, integral, continua y sistemática;

- c) Capacitar al personal docente y no docente de la institución escolar para educar para la salud y para la vida, en el marco de la libertad de enseñanza, de forma tal que los niños, niñas y adolescentes, desarrollen una personalidad que les permita afrontar con confianza los desafíos de la vida y los ayuden a construir proyectos personales y colectivos. Ofrecer a los demás miembros de la comunidad educativa espacios apropiados con la misma orientación;
- d) Complementar esta tarea con la difusión de medidas preventivas, que ayuden a orientar comportamientos y evitar situaciones de riesgo, incluyendo la revisión crítica de actitudes dentro del propio sistema educativo;
- e) Promover la vinculación con distintos sectores e instituciones, con el propósito de sensibilizar a la sociedad toda, sobre la necesidad de actuar conjuntamente en la prevención de esta enfermedad bio-psico-social y espiritual;
- f) Fomentar la realización de actividades con la finalidad de apoyar a las familias en su tarea educativa, en el contexto de un entorno afectivo y formativo que ayude a crecer en el desarrollo de la voluntad, la libertad, la responsabilidad, el razonamiento y el juicio crítico, instando al acompañamiento familiar permanente, en el proceso de detección, tratamiento y seguimiento del consumo indebido de drogas;
- g) Fomentar la no discriminación de las personas con conductas adictivas.

Título III

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 5° — El Ministerio de Educación, propondrá a las provincias dentro del Consejo Federal de Educación los lineamientos curriculares mínimos del Programa Nacional de Educación y Prevención de las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTICULO 6° — El Ministerio de Educación con el acuerdo del Consejo Federal de Educación desarrollará los contenidos y el diseño de los programas y, a través del Instituto Nacional de Formación Docente, efectuará la capacitación por los mecanismos o procedimientos que permitan su multiplicación, de manera tal que puedan acceder a ellos todos los docentes.

ARTICULO 7° — Facúltase al Ministerio de Educación de la Nación para crear un Consejo Consultivo, de carácter federal, en el que se encuentren representados la sociedad civil, credos, centros académicos y expertos de reconocida trayectoria y experiencia en la materia. El desempeño de los mismos será honorario. El Consejo podrá ser requerido para:

- Proponer acciones o instrumentos que mejoren y fortalezcan el desempeño del Programa.
- Proporcionar e impulsar propuestas que atiendan a mejorar y facilitar la articulación territorial del Programa.

- Difundir la información disponible del Programa entre las personas e instituciones de la sociedad.

ARTICULO 8° — La autoridad de aplicación, el Ministerio de Salud, en el marco del Consejo Federal de Salud, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en el marco del Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia y el SEDRONAR, en el marco del Consejo Federal de Drogas, COFEDRO, o el organismo que tenga a su cargo las competencias en materia de prevención de las adicciones, articularán los esfuerzos con los gobiernos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para facilitar la disponibilidad de profesionales y equipos técnicos que efectúen las acciones requeridas por las autoridades educativas dirigidas a la comunidad.

Título IV

Financiamiento

ARTICULO 9° — El Poder Ejecutivo nacional incluirá anualmente una partida presupuestaria en la jurisdicción del Ministerio de Educación, con el objeto de dar cumplimiento al programa establecido en la presente ley.

Título V

Disposiciones transitorias

ARTICULO 10. — Autorízase al Jefe de Gabinete de Ministros a reformular el Presupuesto de la Administración Pública Nacional, a efectos de designar las partidas presupuestarias necesarias para dar cumplimiento al programa establecido por la presente ley.

ARTICULO 11. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional

