

## “ALCOHOL Y DROGA EN LA JUVENTUD URBANA DE LA ARGENTINA”

(Autora: Lic. Blanca M. SAUCEDO de RIZZO, Licenciada en Letras y Doctorando en Psicología (USAL), docente titular de Metodología de la Investigación en el Colegio Militar de la Nación (IESE), correo electrónico: [brizzo@fibertel.com.ar](mailto:brizzo@fibertel.com.ar) y [bsaucedo@fibertel.com.ar](mailto:bsaucedo@fibertel.com.ar))

### Resumen

Desde tiempos muy remotos el hombre aprendió a fermentar granos y jugos para obtener una sustancia que le provocaba un estado especial. Este estado variaba en las diferentes personas de acuerdo a la cantidad ingerida y de acuerdo a las motivaciones de su ingestión.

La influencia del alcohol en la sociedad ha tenido gran peso como factor problemático en la conformación y funcionamiento de la familia, individuo y la sociedad. El consumo del alcohol se consideraba un factor de integración social que favorecía la convivencia.

Hay adicciones más o menos toleradas por la sociedad. El alcoholismo es aceptado en su primera fase.

Las drogas denominadas como ilícitas o peligrosas ocasionan los mismo efectos que el alcohol, pero mucho más rápidamente. Tanto el alcohol como las drogas son absorbidas por el cerebro, lo que motiva las alteraciones de la conducta.

El alcohol por su fácil acceso y la poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social. Muchos piensan que mientras no se conviertan en alcohólicos típicos, las consecuencias de beber no son tan alarmantes.

El consumo de alcohol en la adolescencia ha crecido en forma desmedida en el mundo. Es frecuente ver jóvenes bebiendo cerveza y fumando.

La cerveza es una bebida alcohólica muy antigua que contiene diversos ingredientes que pueden ser beneficiosos para la salud, siempre y cuando se consuman con moderación.

Los beneficios de un consumo moderado de cerveza son grandes. Al ser un producto natural, ofrece mayor diversidad de ingredientes que los refrescos; el consumo diario de un tercio de cerveza aporta alrededor de un 6,6% de las necesidades diarias de calorías.

Podemos distinguir tres categorías de cervezas:

-  de fermentación baja,
-  de fermentación alta, y
-  de fermentación espontánea.

Las de baja fermentación son cervezas generalmente claras, (rubias), elaboradas con malta clara por el método de decocción. Es la de consumo más frecuente en la Argentina.

La cerveza de alta fermentación es elaborada por el método de infusión.

La cerveza de fermentación espontánea es de dos clases:

- Arcaica
- Anacrónica

El inconveniente de estas bebidas es que la fermentación genera alcoholes que resultan perjudiciales, y de una inocente bebida se convierte en peligrosa, tanto más porque el imaginario social la ve como inofensiva.

Cuando vemos a los niños bebiendo cerveza y fumando, en la calle, cabe preguntarnos ¿por qué beben los jóvenes?

Las causas del consumo de alcohol en los jóvenes son varias:

Las personas con antecedentes familiares de alcoholismo tienen mayor probabilidad de empezar a beber antes y volverse alcohólicas.

**El alcoholismo es una de las causas más frecuentes de destrucción de las familias.**

Las consecuencias del alcohol pueden llegar a ser graves: sobredosis, accidentes y violencia, cardiopatías, aumenta los riesgos de cáncer, ocasiona trastornos mentales y neurológicos, infecciones, diabetes, malnutrición, efectos psicológicos sobre los niños, etc.

La juventud es una etapa muy importante de la vida en la que el hombre se descubre a sí mismo. Algunos lo hacen sin grandes tropiezos. Otros se sienten atrapados por circunstancias poco favorables.

Cada vez es mayor el número de familias uniparentales, los matrimonios separados que, o bien ambos reconstruyen su vida, con lo cual el joven no tiene muy claro a cuál pertenece, o bien uno de los dos queda solo y se ocupa de desfigurar la imagen del otro sin pensar que el hijo en cualquier circunstancia debe contar con los dos y debe conservar intacta la imagen de ambos como modelo.

La familia, primera célula integradora de la sociedad, ha perdido hoy su calidad de tal. Los jóvenes perciben en este sentido la falta de modelos.

**Actualmente el mundo que nos toca compartir está demostrando que el alcoholismo ya se ha instalado con vigor en la juventud.**

El alcoholismo ya ha dejado de ser una cosa propia de los hombres. Hoy muchas mujeres lo padecen.

**El alcoholismo es una drogadicción**, pero con mayores disparidades que coincidencias respecto a la dependencia de otras drogas.

De niño, el primer contacto con el alcohol será en el hogar pero la primera experiencia con la droga ilegal es siempre en compañía de alguien con quien no se debiera estar. La evolución del alcohólico transcurre en un período de cinco a quince años, cuando se presenta una crisis aguda. En los drogodependientes, este ciclo se cuenta en meses.

La violencia con que la droga invade la vida del futuro adicto, contrasta con la sutil e insidiosa forma con que el alcohol va invadiendo a su víctima. La drogodependencia altera y revoluciona la vida. En el alcohólico, en especial si es joven, el alcohol lo va adecuando imperceptiblemente durante su evolución en la vida.

El concepto social de que el alcoholismo en la juventud es excepcional y que es problema propio del adulto es falso. Cuando el mal se detecta es porque ya puede denominarse "etilismo crónico".

La omnipotencia del proclive a la adicción crea en él una negación que es compartida por su familia y allegados.

Para el joven que asume la bebida como condición indispensable para la convivencia con sus pares, dejarla es sinónimo de soledad.

Los padres, en los casos de presencia simultánea de abuso de alcohol y drogas aceptan más la existencia de droga-dependencia que la del alcoholismo, al que se lo niega aún luego de superadas las crisis.

Para nuestra sociedad, la droga es dolor y el alcoholismo es vergüenza.

**El alcoholismo es incurable**, vale decir que un alcohólico jamás podrá controlar la bebida. Pero es real, que el enfermo alcohólico siempre es recuperable.

Los adultos pueden clasificarse, según la cantidad de alcohol que consumen, en:

- ✚ Abstemios.
- ✚ Bebedores sociales.
- ✚ Alcohólicos sociales.
- ✚ Alcohólicos.

El etilismo agudo se define como el conjunto de desórdenes causados por la ingestión excesiva de bebidas a base de alcohol etílico.

Para que haya etilismo agudo es necesario ingerir bebidas alcohólicas a dosis fuertes, variando los efectos de un individuo a otro.

La etiología se desconoce aunque existen hipótesis de desde diferentes puntos de vista.

Además se desarrolla la tolerancia a la dosis ingerida, por lo que posteriormente, para obtener el mismo efecto, se requieren mayores dosis. De esta manera se va creando hábito y dependencia del alcohol.

El alcoholismo es un fenómeno patológico complejo en el que intervienen factores de orden químico, biológico y social. La incidencia del alcoholismo entre mujeres, niños, adolescentes y estudiantes universitarios ha aumentando considerablemente en la última década.

## Desarrollo

La Argentina fue históricamente un país alejado del alcoholismo y las drogas. Esta situación originó una suerte de omnipotencia que también fue nuestra característica durante largo tiempo. De pronto se convirtió de un país de paso en lugar de consumo que se extendió por todos los ámbitos con una rapidez vertiginosa. Los jóvenes incrementaron el consumo de cerveza, actuando esta última como portadora, haciéndolos más permeables al consumo de drogas ilegales.

La violencia urbana restó la seguridad que era la característica fundamental de nuestra sociedad. Aumentaron los robos, los secuestros, los asesinatos. Buenos Aires se convirtió en una ciudad peligrosa. Creció el deterioro de los valores humanos, todo un sistema de conceptos y creencias se derrumbó ante el bombardeo que ejerce la violencia de la publicidad, la falta de imágenes a quienes imitar, los ejemplos de corrupción que fueron ganando espacio a costa de la salud de nuestros jóvenes.

Resultó impactante la irrupción de la violencia, el alcohol y la droga en nuestro medio. Repentinamente, hemos tomado conciencia de que estamos ante problemas sociales que requieren claras y eficaces estrategias de intervención.

Comenzamos a buscar explicaciones y respuestas a las preguntas que nos surgen como ciudadanos y como padres.

Sabemos que la violencia urbana tiene múltiples orígenes, unos de los cuales son el alcohol y la droga. Sin embargo sabemos que la violencia e impulsividad son elementos preexistentes a la droga en las personalidades antisociales. Sumados a la sustancia dan como resultado el caos que a diario nos toca vivir directa o indirectamente. No se trata de un problema que se resuelva con mano dura. Tampoco la violencia es solamente el resultado de la modernidad o del aumento de la cantidad de droga que circula en el país. Es necesario estudiar como causas posibles la pervivencia de ciertas instituciones que hacen al mantenimiento de la paz que todos queremos mantener.

[La familia de hoy ha perdido, salvo en muy contados casos, su valor como primera institución social.](#) Esta situación ha creado vacíos que el adolescente percibe pero

no puede llenar. Hay familias muy rígidas que no manifiestan su espíritu de contención y amor en una etapa tan conflictiva y de cambio como es la adolescencia. Algunas creyendo hacer lo mejor reprimen al joven llegando hasta la violencia en sus distintas manifestaciones.

**Muchas no permiten al adolescente manifestar sus deseos de ser.** Otras, acuciadas por la necesidad de trabajar para sostener un nivel de vida determinado, no dedican el tiempo necesario a los hijos que crecen en manos extrañas, empleados de la casa que no quieren molestias. La profesionalización de la mujer la ha alejado de sus tareas en el hogar, quedando éstas delegadas a extraños que el niño acepta como aquello que es así porque no puede ser de otra manera, o bien percibe como algo común pero que quisiera que fuera distinto. El divorcio o las familias uniparentales son cada vez más frecuentes. Cuando crecen en estas situaciones, los jóvenes sienten el abandono, no tienen a quien hablar, y buscan refugio a su soledad en grupos de pertenencia que **les brinden la posibilidad de ser el “alguien” que los suyos no reconocen, educando en un hacer, no en ser.** Entonces creen que un cigarrillo en la mano es una compañía que los hace más “hombres”. Esta “amistad” comienza hacia los nueve años. Cuando esto no les basta se refugian en el alcohol, hacia los doce o trece años y de aquí pasan a las sustancias que les venden la ilusión de que todo está bien. Estos ejemplos de familias generan situaciones tales que llevan al adolescente a desarrollar conductas alarmantes que no son públicamente percibidas: violencia, problemas escolares, actos de delincuencia que comienzan dentro del propio hogar para luego externalizarse, conductas riesgosas que nacen en la relación de “grupos de pertenencia” inadecuados.

Los jóvenes más propensos son los que tienen dificultades para expresar sus sentimientos, sus pensamientos, porque se aíslan del medio que no los contiene pero por necesidad encuentran otros círculos que los acogen, con intereses ocultos.

Otros buscan las experiencias directas, arriesgadas, para sentir el vértigo del peligro, escudándose en una omnipotencia desafiante que les permite afirmar que cuando quieren, salen.

Algunos sólo buscan aturdirse para no vivir su realidad abandonada. Nace en ellos un descenso de su autoestima, no desarrollan ninguna tolerancia a la frustración y piensan que son los más fracasados del universo.

El miedo, el enojo, la tristeza, la soledad acompañada, el dolor y la confusión de sentimientos afectan sus sistemas de tal manera que se vuelven vulnerables y se inclinan en la mayoría de los casos al consumo de alcohol y drogas como medio de evasión.

Son personalidades bien definidas:

- Tímidos
- Antisociales
- Evasivos
- Reprimidos
- 

No podemos pensar que sólo éstos son los factores determinantes, pero sí es de tener en cuenta que son variables de mucho peso.

Hay ciertas circunstancias que potencian la vulnerabilidad de las personas ante el consumo.

Estas situaciones de riesgo se relacionan con tres elementos: sustancias, individuo y medio ambiente.

Las **sustancias** adquieren sentido a partir de un sujeto que las usa, para el cual cumplen una función determinada, y en un ambiente que les adjudica significados y símbolos precisos. En relación con las sustancias un factor de riesgo es, sin duda, la automedicación.

Las **personas** son el elemento clave en el consumo de drogas. Las drogas no buscan a la persona sino que, inconscientemente, la persona busca a la droga. Existe siempre una voluntad de consumirla, impulsada por la labilidad de sentimientos y convicciones.

Son muchas las variables que determinan que alguien consuma drogas, entre ellas se puede mencionar que tienen una mayor predisposición las personas que presentan características tales como falta de autonomía en la toma de decisiones, baja tolerancia a la adversidad, poca capacidad crítica, exigencia frente a la necesidad de éxito, autocontrol débil, un escaso sistema de valores, baja o nula autoestima, falta de motivaciones, sentimiento de fracaso o marginación, sentido de falta de pertenencia.

En la familia, el adicto es la evidencia de un sistema en crisis. Pero la droga, la violencia familiar, el alcoholismo constituyen sólo un síntoma; es la punta del iceberg detrás del cual subyacen las causas. **No es eficaz atacar únicamente el síntoma: se deben instrumentar estrategias para enfrentar el origen del problema.**

No se puede desatender que una de las causas es la desigualdad social, que ha afectado por más de medio siglo a toda Latinoamérica. La sociedad debe analizar las maneras en que se instalan las propias formas socializadas de agresión.

Hay distintas formas de violencia:

1. que los sectores excluidos no puedan acceder a un futuro mejor y vivan dominados por el escepticismo;
2. la ostentación de riquezas ante aquellos que no poseen nada;
3. no tener acceso al bienestar, la educación y la salud;
4. no tener garantizadas las condiciones mínimas de dignidad humana. Se trata del concepto de violencia autogenerada a partir de la relación del individuo con su **ambiente**, tercer factor del fenómeno.

Estos conceptos no justifican la agresión, que debe ser punible a través de una adecuada legislación.

El problema de la violencia, el alcohol y la droga debe ubicarse en un terreno más amplio. La gravedad de los hechos delictivos está dada en gran medida por un resentimiento proporcional a la enorme desigualdad entre los sectores de mayores ingresos y aquellos marginados y excluidos del sistema social.

El alcohol y la droga funcionan como un anestésico para no sentir la realidad interna y externa, trabando el desarrollo de la afectividad. Esta salida sólo agrava el problema aumentando los niveles de agresión y conductas antisociales.

El Estado tiene un déficit en lo relativo a la capacidad de asistencia directa de las patologías sociales y necesita que las organizaciones no gubernamentales complementen su función. Es necesario formar responsables capacitados, estimular el fortalecimiento de puentes entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales y promover la participación de empresas de reinserción social. Se establecería así una red de contención social imprescindible para atacar problemas que se encadenan unos con otros.

Es difícil abordar el alcoholismo, la drogadicción, la violencia o el sida en un contexto de emergencias, si existen carencias en las áreas de la educación y la salud.

En este sentido, el papel de la prevención es fundamental. Entendemos ésta no sólo en términos de campañas, sino ligada directamente a la necesidad de formación y capacitación de aquellos que tienen responsabilidad sobre terceros. Los médicos, los enfermeros, los docentes, los psicólogos, los jueces, los policías deberán estar capacitados para detectar y derivar estas patologías sociales a los especialistas. Pero los más capacitados deben ser los padres. Ellos no pueden vivir con una venda en los ojos, ignorando el problema.

Generalmente existen señales previas a la aparición del alcoholismo y la drogodependencia en los jóvenes. La familia parece tolerarlas o bien no percibir las en el caso de la droga, hasta que algún hecho traumático las evidencia en toda su magnitud. Pero también usualmente aquí ya la situación se ha tornado irreversible: el joven puede quedar incapacitado de por vida, y los padres deben cargar con la responsabilidad de una situación sin retorno que trastornará a toda la familia.

Los sistemas educativos deben promover la participación y capacitación de los padres, retomando el concepto de comunidad educativa. Las emergencias sociales no pueden postergarse. El problema de la seguridad social es de vital importancia en una primera etapa, pero sólo a través de un conjunto de políticas de Estado podremos enfrentar estos nuevos dilemas, estableciendo metas evaluables en el corto, mediano y largo plazo.<sup>1</sup>

Las adicciones son más o menos aceptadas por la sociedad, según el grado en que afecten el comportamiento del individuo y perturben la vida en comunidad. En este sentido, el problema de la droga es percibido como una de las principales amenazas para la vida en sociedad, precedido por el alcohol. Sin embargo, los daños más inmediatos recaen sobre la intimidad de las personas, destruyendo su historia, sus sueños, sus proyectos, su dignidad y su libertad. El alcohólico en menor medida, y el drogadicto, pierden su relación consigo mismos y con los demás, y sólo tienen la compañía del alcohol y la droga que, tarde o temprano, acabarán con su vida. La diferencia estriba en que el alcohol es de efectos más tardíos. La represión; si bien es necesaria, no es suficiente: es necesaria una perspectiva que considere en su raíz el dolor humano y la marginación que sufren y expresan especialmente estos seres.

Usualmente sólo se consideran las complejas consecuencias psicosociales de la ingesta de una sustancia destinada a producir una particular alteración de conciencia, que depende de la sustancia y de las condiciones del medio en el que se la consume.

Para las personas que la consumen, la droga es una vivencia personal e íntima. Entre el sujeto y la droga se da una relación existencial desde la que imperceptiblemente surge el inevitable sufrimiento psicológico. Esta vivencia se ve marcada por la gravedad cuando la persona se relaciona con la droga desde la realidad de la pobreza. Luego, cuando están inmersos en el problema y comprenden su incapacidad para evadirse, ven con toda crudeza los resultados de aquello que fuera el mágico elixir que curaría sus dolores.

---

<sup>1</sup> Souza, C. A. para el diario La Nación

La desigual distribución de los ingresos es uno de los aspectos que reflejan la condición de vulnerabilidad de los que viven la realidad de la pobreza. A ese aspecto se suman otras inequidades, que abarcan aspectos socioeconómicos y psicosociales, que en su conjunto interactúan para facilitar o dificultar al ser humano una existencia justa y digna. Ninguna estadística permite acercarse a la realidad vivencial de la pobreza.

[La pobreza material acarrea una pobreza espiritual que transforma las actitudes del hombre, que se siente impotente para luchar contra la miseria.](#) Esto coarta la libertad limitando la satisfacción de las necesidades básicas de la vida. Este sometimiento propicia una condición de vulnerabilidad que lleva a las personas a realizar diversos intentos para superarla.<sup>2</sup>

La insatisfacción de una necesidad básica socio-económica repercute en la necesidad de seguridad. La frustración socioeconómica en la pobreza absoluta es también una frustración psíquica de la necesidad de seguridad.<sup>3</sup>

Esta vivencia amenazante genera profundos estados de angustia y desequilibrio psíquico que evolucionan hacia un estado de crisis que establece un constante estado de emergencia psicológica, en donde la angustia domina la existencia.

La angustia impide las acciones y entorpece la actividad. El hombre pierde toda esperanza y comienza una inagotable búsqueda de compensaciones. El consumo de alcohol y drogas es la más rápida, disponible e inducida forma de compensación que la sociedad en su conjunto ha implementado.

[En nuestra sociedad, la solución química se presenta como la forma más rápida y efectiva de hacer frente a las dificultades de la existencia.](#)<sup>4</sup>

La venta y el consumo de alcohol y drogas en el mundo de la pobreza y las múltiples consecuencias asociadas a esta realidad, son la consecuencia natural de un proceso que no se sabe cuándo comienza. Son muchos los que en la violencia, el consumo de alcohol y drogas, y el narcotráfico, han encontrado una posibilidad de realizar sus anhelos y de ser protagonistas en un mundo que ha limitado sus vidas al logro de la sobrevivencia. Los consumidores del mundo pobre no constituyen un determinado cuadro clínico o los exponentes de una particular teoría de la desviación. Son el síntoma de una difundida enfermedad material, social y cultural, que se ha desarrollado en la comunidad toda, y, sin duda, comienza en la educación.

[El alcoholismo, la drogadicción y sus consecuencias no son privativas de la pobreza, pero es de tener en cuenta que la pobreza hace vulnerables en extremo a los que viven en ella, agravando y profundizando los riesgos presentes en nuestra sociedad.](#)

La situación actual del consumo de alcohol y drogas en los ámbitos de la pobreza, genera consecuencias sin precedentes en la historia de nuestro país. Más allá de los índices revelados por las investigaciones realizadas en otros países, se puede destacar la evidencia de un alarmante deterioro en las vidas de miles de niños y jóvenes que por su condición de extrema vulnerabilidad han caído en el alcohol y la droga.

Hablar de deterioro físico, psicológico y social es un eufemismo con referencia a los reales contenidos de estos deterioros. La depresión enmarca daños y vivencias

---

<sup>2</sup> Egenau, P. (1997) "Solución química de los dolores humanos", Mensaje, N. 463

<sup>3</sup> Gissi, J. (1986) *Psicosociología de la pobreza*. Chile, Publicaciones Universidad Católica, Escuela de Psicología, p. 13.

<sup>4</sup> Egenau, P., (1997) "Solución química de los dolores humanos", Mensaje, N. 463,.

traumáticas que concluyen en abandono, violencia, cárcel y muerte. Así lo muestran desafortunadamente las historias de vida de los jóvenes que han buscado en ellos una alternativa de sentido para sus vidas.

Las historias de vida de personas que llegan a extremos no deseados a través del alcohol y la droga, están marcadas por experiencias traumáticas en ámbitos que involucran la totalidad de sus existencias. El progresivo deterioro de la salud física se ve acompañado por una profunda alteración en la estabilidad psicológica. La presencia crónica de la angustia, los períodos de depresión, la paulatina pérdida de propósitos de futuro, dan paso a la anulación progresiva de los recursos psicológicos con que el paciente cuenta para sustentar la identidad y solidificar la personalidad. La pérdida de los límites morales de autoprotección y su consecuente deterioro de valores, facilitan el surgimiento de un estilo de vida de alto riesgo. La pérdida de los espacios de afecto y pertenencia paulatina se combina con una crisis educacional y laboral que se hace crónica y cada vez más marginal.

La persona se va quedando sola, sumergida en un mundo en donde la evitación del dolor es la única motivación que moviliza a una acción que entra en conflicto con la sociedad, atemoriza y conmueve a las instituciones, movilizándolo a los organismos de represión y control. Entonces aparecen nuevos modelos de comportamiento, que se traducen en manifestaciones violentas. El individuo se escuda cada vez más en un anonimato que lo lleva a delinquir para conseguir su “remedio”.

Esta realidad indica una disgregación de los puntos de referencia, que expresa una pérdida de la identidad social. Constituye una respuesta a una situación de ruptura que puede desembocar en prácticas de autoexclusión, simbólica o física, llevando al sujeto al suicidio.

La persistente y continua visión del alcohólico o el drogadicto nos ubica ante un fenómeno de cristalización simbólica: la figura del drogadicto y, más ampliamente, de la violencia social, se centra en imágenes antagónicas: el drogadicto-delincente, el vendedor-trafficante y el traficante.

Se genera así una visión única en que tanto la solución del problema como su posible prevención se ven dentro de una estructura ideológica, en la que la imagen del drogadicto es igual a la del delincuente y facilita el surgimiento de un arquetipo que de alguna manera lleva al drogadicto a delinquir. Pero el drogadicto no delinque sólo por efecto del tóxico sino también para conseguirlo. Comienza una cadena de desprendimientos de lo propio valorado, y termina por la apropiación de lo ajeno. Así muchos actos delictivos son explicados por los que no están vinculados con la adicción, como consecuencia de ésta.

Sin duda esta concepción, agravada porque se ve como una realidad casi exclusivamente juvenil y popular, facilita la construcción de la [cadena pobreza-alcohol-droga-juventud-delincuencia-muerte](#), que domina el imaginario social, dejando de lado otros aspectos importantes del problema como el psicológico y por sobre todo el social.

La sobrevaloración de algunos aspectos del problema nos enfrenta con una actitud defensiva de la sociedad que se muestra como sujeto pasivo, víctima del impacto delictivo por lo que se limita a aparecer como la víctima impotente del mundo criminal de la droga. Y las soluciones, otra vez, se buscan más en el sistema represivo que en la sociedad civil o en una seria acción preventiva.

El consumo de alcohol y droga en el mundo surge más bien como respuesta a profundas carencias sociales, que como consecuencia de un particular deterioro psicológico. Es aquí donde se encuentra el real significado del problema del alcohol y la droga en el mundo contemporáneo. Es en el mundo íntimo y privado de las personas que han buscado en la droga un sentido para su existencia, desde donde se debiera pensar el problema.

Hay que pensar en la dependencia como patología, no en el alcohol o la droga.

**El sentido que tiene para muchos la droga no puede ser abolido por decreto ni controlado con represión.** Debe ser asumido como un sustituto artificial de una vida carenciada y sin sentido. Desde este ángulo es que hay que mirarlo.

Esta perspectiva dificulta el surgimiento de las soluciones. El problema deja de ser el alcohol o la droga en sí, para constituirse en el síntoma de una dificultad mucho mayor y compleja que ésta. Constituye: la miseria humana, sea de raíz socioeconómica o existencial. Al mirar honestamente la realidad, surge con claridad que los drogadictos son la manifestación externa de una enfermedad que recorre todo el cuerpo social. Con sus acciones le están haciendo preguntas esenciales a esta sociedad sobre la coherencia de su proyecto ético-social. Invitan a cambiar las relaciones sociales que estamos construyendo, a meditar con detenimiento sobre las prioridades de la vida, a redefinir los espacios de encuentro entre seres humanos.

Ni la represión de los actos ni la legalización impedirán que el tema central sea desdibujado hasta volverse imperceptible. El hombre busca siempre formas para expresar la necesidad de sentido cuando, por injusticia o insensibilidad, le es negada.

Las alternativas de superación de esta realidad están muy ligadas a la solución de los grandes conflictos que ahora enfrenta el país y a las reformas del Estado, especialmente de la justicia. Es necesario que el desarrollo de programas sociales ofrezca en las zonas de mayor pobreza, alternativas a la niñez y a una juventud que busca protagonismo y participación reales, por medios dignos que les hagan sentirse útiles para sí mismos y para la sociedad que los contiene.

**Darles la oportunidad de un trabajo y no de una limosna.** Pero, sobre todo, a partir de un cambio individual de todos los seres humanos, a partir del amor y la solidaridad.

Pero no sólo es privativo del consumo el aislamiento de la marginación socioeconómica. Existen ambientes en los que las sustancias ilegales gozan de prestigio estatutario, está bien visto consumirlas, se asocian al ocio, la diversión y al éxito, están de moda. Todo ello, facilita su consumo. No es éste ciertamente el ámbito carenciado, de pobreza extrema.

Por el contrario, éstos son los jóvenes de adolescencia tardía, que viven sostenidos por sus padres y que ven pasar la vida como una diversión rodeada de lujo, sin apremios. Opuestos a éstos están los que se enfrentan con la paternidad temprana y obligaciones que no están preparados para asumir.

En estos casos se ha manipulado la información sobre los efectos de las sustancias. Los consumidores de drogas generan sutilmente una cultura, e incluirse en ésta facilita los consumos.

Las responsabilidades les caben a todos los integrantes de la comunidad, ya sea como persona, como padre, médico, docente, compañero, psicólogo, gobernante, alumno, abogado, pareja, formador de opinión, periodista, hermano, político,

farmacéutico, sacerdote, publicista, director de escuela, juez, vecino, conductor de televisión, funcionario público, familiar, gremialista, empleado, policía, vendedor, amigo, etc.

En nuestros días, el hecho de que algunas drogas sean legales y otras ilegales influye en las expectativas que se tienen sobre ellas, los modos en que se las utiliza, los riesgos de su consumo, etc. La sociedad de referencia, la época histórica son determinantes para los modos de utilizar una droga y por lo tanto los riesgos de su consumo

Al considerar estos aspectos socioculturales podemos observar por ejemplo, la asociación que existe entre **diversión / alcohol**, entre ser **adulto / tabaco**, entre drogas **legales / ilegales**.

Esto se ha consolidado en los medios de comunicación y prevalece en nuestra sociedad.

En cuanto a las ilegales existen asociaciones entre la idea droga-ilegal/delincuencia, entre droga-ilegal/enfermedad.

Sin embargo, [habría que tener en cuenta asociaciones instaladas en los medios de comunicación, a través de los anti-modelos sociales, insinuantes del consumo de drogas ilegales y el no pasa nada, es más, soy exitoso.](#)

Las implicaciones de algunos de los determinantes socioculturales que nos afectan pueden apreciarse en el siguiente esquema de ejemplos:

1. El tabaco es actualmente socialmente aceptado, aunque en los últimos tiempos la conciencia del fumador pasivo restringe su consumo.
2. El alcohol es aceptado en tanto el alcohólico no perturbe la armonía de su entorno. Por lo tanto tarda mucho en reprimirse.

En general, los padres de adolescentes alcohólicos no denuncian la adicción de su hijo hasta que ésta le impide la convivencia. Por esto, aquellos que lo consumen, aunque sea abusivamente, no se sienten drogadictos.

En Argentina la cerveza ha ganado la popularidad desasociándose del alcohol, siendo aceptada como si no fuera una bebida alcohólica, y asociándose con la juventud y la diversión.

En nuestro contexto social, el consumo de alcohol, especialmente cerveza, entre los menores es más tolerado que en otros países. Su expendio, si bien por ley es limitado, no respeta ningún límite.

Por otra parte, el alcohol, en la actualidad, ya no es privativo de los hombres. De hecho, beben más los grupos mixtos, y las chicas están incorporadas abiertamente al consumo.

La cocaína es la droga ilegal más consumida en nuestro país. Por eso los consumidores de otras drogas ilegales o legales como tabaco, alcohol y psicofármacos no valoran los riesgos de su consumo.

Determinados tratamientos para mejorar la salud han sido sustituidos por el consumo de productos medicinales con determinadas acciones sobre el sistema nervioso central. Es por eso que se ha incrementado la producción y venta de psicofármacos, constituyendo estas drogas las de mayor consumo y mayor uso indebido o abuso, por no requerirse para su expendio en farmacias, la receta a archivar .

Cada sociedad tiene estereotipos de las drogas que surgieron en algún momento y se instalaron en el imaginario colectivo. Conocerlos es un elemento muy importante para la prevención de su uso indebido.

Para comprender el fenómeno del consumo de alcohol y drogas es conveniente considerar otros elementos además de las sustancias consumidas: las personas que las consumen, el entorno, el contexto histórico y social en que esto sucede.

Desde que el consumo de drogas comenzó a ser una preocupación para los países, se consideraron diversos motivos y factores que podrían ser posibles causas por las cuales una persona podría consumir drogas hasta el grado de la adicción.

En los ámbitos de discusión, sobre la idea de que el consumo de drogas traía consecuencias para la salud de las personas y el desarrollo de las comunidades, se procuró llegar a conclusiones definitivas para encarar acertadamente la tarea de la prevención, los métodos de tratamiento y rehabilitación, el control y la fiscalización, la legislación apropiada, etc.

Se definieron así diferentes modelos. Los más consolidados son:

- [Jurídico](#)
  - [Médico-Sanitarista](#)
  - [Psico-Cultural](#)
  - [Social](#)
- 
- Modelo Jurídico: El marco legal considera como base la vigencia y aplicación de leyes para impedir el uso de sustancias. Generalmente este modelo sitúa al drogadicto en el margen de la delincuencia y en tal sentido se inspira en la ley para su tratamiento.
  - Modelo Médico-Sanitarista: Este modelo se basa en el concepto de salud-enfermedad. Considera que la persona que consume abusivamente sustancias hasta llegar a depender de ellas, lo hace porque padece de una enfermedad contraída o genética. Esta enfermedad podría ser biológica y/o mental.
  - Modelo Psico-Cultural: La problemática se visualiza desde el marco psicológico, considerando el comportamiento del drogodependiente como una consecuencia de sus experiencias de vida en las cuales incidieron fundamentalmente su entorno familiar y el contexto sociocultural.
  - Modelo Social: Aborda la problemática considerando al consumidor de drogas como una consecuencia o síntoma del funcionamiento de una determinada sociedad. La familia estaría implícita en esa sociedad ya que es parte de la misma. Y de la misma forma que el adicto puede ser el emergente de una familia, la problemática en sí, lo sería de una sociedad.

Para tener en cuenta con respecto de los modelos:

- Algunas veces sucede que seguidores de un determinado modelo defienden el enfoque desautorizando con firmes argumentos al resto de los modelos.
- Entre los que adhieren al modelo jurídico hay quienes insisten en que el drogadicto es un delincuente. Es más, porque es delincuente se deriva en ser drogadicto. De esta manera se deja afuera la posibilidad de considerar a la persona desde otros aspectos y se deposita en el rigor de la ley la responsabilidad absoluta.
- Algunos sostienen que los culpables de que exista el narcotráfico son los adictos con su demanda. Con todo lo cual no habría cuestionamientos familiares ni sociales, ni necesidades de cambio, sino hacer leyes más firmes.

- El modelo médico-sanitarista considera como única causa del fenómeno de la drogadicción el mal funcionamiento del organismo biológico, pudiendo atribuirse a causas genéticas o bien tratarse de una enfermedad psiquiátrica, dejando de lado toda otra razón que podría ser igualmente válida. Igual que en el caso anterior, las responsabilidades quedan desplazadas al que padece la enfermedad, en tal sentido la prevención queda orientada exclusivamente a la salud individual
- El modelo psico-cultural, hace recaer las responsabilidades sobre el entorno, la estructura familiar, los vínculos interpersonales y la psicología del individuo, dejando de lado aspectos sociológicos, económicos y geopolíticos. La prevención queda polarizada, y es ejercida de manera directa y vertical, es decir los sanos y entendidos previenen a los que no saben y están en riesgo.
- En cuanto al modelo social, las personas que adhieren a este enfoque desechan cualquier otro argumento y tienden a poner tanto énfasis en las causas sociales que sus fundamentos parecen politizados o tendenciosos. Estos modelos por el hecho de estar vigentes, parecen representar *parte de la verdad*.

Posiblemente, si estuviera más distendida la idea estructural del aspecto nocivo de las drogas, si fueran más relajadas y libres las consideraciones sobre los cambios producidos, sobre las experiencias y expectativas de las personas, sobre la dinámica de las sociedades y la historia de la humanidad, no sería necesario invertir en tantos recursos económicos y humanos para combatir o luchar contra el uso de drogas.

Probablemente, si se abordara el tema del [Uso Indevido de Drogas y Trafico Ilícito de una manera integral](#), se produciría un espacio para el debate. Esto muy probablemente derivaría en un aumento de la toma de conciencia de las personas, producido por el estímulo a la reflexión para que arriben a conclusiones propias.

No se instalaría como disyuntiva la idea de la [“libertad para drogarse”](#) o [“una sociedad libre de drogas”](#), frases puestas como premisas contrapuestas, únicas y excluyentes

Tener conciencia es reconocerse en la propia esencia y en todas las modificaciones que en sí mismo se experimentan. Es también conocimiento y reflexión de las cosas, capacidad de discernir entre lo bueno y lo malo en relación con el conocimiento interior.

Por ello la elevación de la conciencia trae implícita la libertad. Y no existe libertad electiva. La libertad es ejercer el libre albedrío en la propia vida, en todos sus aspectos y esto conlleva la responsabilidad de tener que hacerlo.

Quedaría de esta manera, como elemento de prevención: la comunicación y el respeto por la decisión que toman los otros según su estado de conciencia.

En consecuencia, no sería necesario, hablar de drogas y los esfuerzos estarían concentrados en propiciar la vida

El [uso](#), [abuso](#), y [dependencia](#) de las drogas, sería tomado como provechoso o perjudicial de manera espontánea.

Esa pérdida de valores lleva a la impresión de que las cosas no son tal y cual uno quisiera que fueran, lo que se hace más evidente en el período crítico de la adolescencia.

Los planteamientos que se hacen en nombre de grandes ideas, no corresponden a las realidades que uno en la vida diaria tiene que abordar.

Nos preguntamos hoy en la Argentina [¿qué será del futuro de los jóvenes excluidos?](#). El estado de cosas que se ha dado, de acuerdo con este amparo del

neoliberalismo y de las doctrinas del mercado, condenan indefectiblemente a situaciones de desigualdad y desempleo. Están excluidos del Mercado de la Globalización, propio de la Postmodernidad.

Hoy la sensación de vacío, de carencia existencial, puede apoderarse de un joven que siente que no es útil, que es desechable. Su existencia no tiene la trascendencia que seguramente quisiera tener. Sus caminos son alejarse del país que es su cuna o quedarse y esperar a un Godot que es la incertidumbre y la desesperanza.

¿Con qué argumentos le decimos hoy al adolescente que tiene que estudiar y forjarse un porvenir?

En el Estudio de Suicidios en San Diego (EEUU) de Fowler, Rich y Young, se encontró que en una serie de 133 jóvenes, el 55 % consumían drogas. En otro estudio norteamericano, también se observó que en los menores de 30 años, el suicidio era una conducta prevalente en aquellos que abusaban de drogas o que tenían rasgos de personalidad antisocial. En estudios paralelos a éstos, en el año 1985, se detectó una diferencia interesante desde el punto de vista clínico, que informaba que el porcentaje de suicidios en alcohólicos con tratamiento ambulatorio era de 2,2% y, en cambio, en alcohólicos con tratamiento con internación, este porcentaje ascendía a 3,4%. Estos son algunos datos históricos que nos pueden dar luces introductorias respecto a este complejo problema.

En agosto de 1999, en la revista "Addiction", en un artículo de Rossow titulado "Abuso de Alcohol y conductas suicidas en personas jóvenes y de edad media", se marca la diferencia entre intento de suicidio y suicidio consumado. Como es sabido, en el tema del suicidio tenemos que considerar la ideación suicida, en primer lugar, luego el intento de suicidio, y por último el suicidio consumado.

Los hallazgos más importantes de este artículo señalan que hay un elevado riesgo de intento de suicidio en las personas que abusan de alcohol. Sin embargo, el mayor impacto de este patrón se da en aquellos que haciendo abuso de alcohol o presentando tendencias parasuicidas, habían requerido intervenciones terapéuticas. Haciendo comparaciones estadísticas, los autores nos dicen que el riesgo de consumir el suicidio es mayor entre aquellos que supuestamente habían completado tratamiento, comparados con aquellos que solamente presentaban episodios de intoxicación o rasgos de impulsividad, pero que no habían requerido intervenciones terapéuticas. Dos datos, del año 1985 y 1999, son coincidentes en señalar como de alto riesgo de intento de suicidio para las personas que están en tratamiento.

Esto es un llamado de atención. Los objetivos de los tratamientos debieran ser muy precisos y apoyarse en programas de seguimiento muy controlados, porque, más allá de ser un factor preventivo de riesgo suicida, la historia de tratamientos previos inefectivos de alguna forma estaría incrementando ese riesgo.

En un artículo publicado en el Reino Unido, se confirma que el riesgo de suicidio en aquellos que consumen sustancias psicoactivas, no sólo los alcohólicos sino también los que abusan de otras drogas ilegales, es mucho mayor que en la población general. Igualmente, otro estudio hecho en EEUU sobre Suicidio en Adolescentes pone de relieve el tema del suicidio encubierto, situaciones que no son registradas ni difundidas y que no reciben la adecuada intervención terapéutica que pudieran evitar la reincidencia del intento de suicidio. Un 10% de aquellas personas que intentan una y otra vez suicidarse, terminan finalmente

haciéndolo. ¿Qué podríamos decir de tantos accidentes inexplicables, que invalidan a las personas?

El intento de suicidio no es sólo una forma de llamar la atención. Hay una alta probabilidad de que el intento alguna vez se complete. De acuerdo a los datos revisados, los intentos de suicidio en pacientes hospitalizados, deberían constituir un tema de la mayor relevancia para nosotros. Las investigaciones nos muestran que las Tasas de Suicidio en pacientes que están en tratamiento, como en algunos hospitalizados, son bastante altas.

Centrémonos ahora sobre qué situaciones pueden predisponer a ciertas personas a tomar esa opción filosófica, que Camus llamaba "la no vida".

Si consideramos que los problemas de salud mental son de orden BioPsicoSocioEspiritual tenemos que tratar de configurarlos claramente.

Maslow nos enseña que las necesidades básicas que deben satisfacer los niños y adolescentes son:

- Las necesidades fisiológicas.
- La necesidad de establecer vínculos y seguridad.
- La noción de posesión y pertenencia.

Existen indicadores desde el punto de vista psicológico, de por qué en algún momento un adolescente puede decidir que "la vida ya no vale la pena"

- Que no existan vínculos que le brinden una sensación de seguridad.
- La ausencia de sensaciones de posesión o pertenencia a un grupo, que le permitan desarrollar un nivel ético convencional que le dé significado a su vida.

El adolescente tendría que adquirir destrezas que le permitan realizar adecuadamente las tareas evolutivas que correspondan a su edad en el plano social. Esta es una fuente de satisfacción a su situación de ser parte del mundo. Los trastornos de aprendizaje derivados del déficit de atención con hiperquinesia son uno de los precursores de los trastornos de conducta y éstos, a su vez, de la tendencia suicida en la línea evolutiva de pacientes que consumen sustancias adictivas.

- Desarrollar una Conciencia Moral y una Escala de Valores para facilitar su inserción en grupos e instituciones sociales.

La carencia de estos principios hace que la clásica triada de factores de riesgo, para el consumo perjudicial y abuso de drogas siga siendo válida.

Cuando hablamos de los cambios físicos en la Adolescencia, podemos pensar en las niñas que tienen que tomar anfetaminas para conservar la línea, y cómo eso puede iniciar una carrera adictiva que termina muchas veces en un intento suicida.

Si uno hace idealmente una correlación entre los postulados sobre el desarrollo infantil y de la adolescencia de Freud, Erikson y Piaget, se puede inferir de estas líneas de desarrollo, cómo se puede culminar en las situaciones críticas propias de la adolescencia.

De acuerdo a la CIE10, se debe diferenciar entre quienes hacen un uso experimental de las sustancias psicotrópicas, los que las usan de forma regular y quienes, habiendo iniciado una carrera adictiva, caen en la farmacodependencia, o sea, la gente que depende de sustancias psicotrópicas.

La gente abusa de sustancias psicotrópicas porque quiere gozar de las consecuencias de ese abuso. Nadie lo hace porque piensa que lo va a llevar al suicidio. Por eso es importante tener en cuenta el riesgo que implica el

alcoholismo y las drogas ilegales para los adolescentes. De este modo surgen preguntas como ¿Qué cosas puedo hacer en cada nivel? ¿Qué tipo de terapia se debe hacer en términos generales?

Como es sabido, la CIE-10 establece claramente qué uso de drogas se considera perjudicial, esto es, un patrón de consumo que no va a pasar normalmente solo y que requiere habitualmente de tratamientos terapéuticos grupales e individuales, terapia familiar y el denominado [Contrato de Abstinencia](#), que es una técnica de tipo conductual muy sencilla que tiene buenos resultados.

En el caso de la situación de abuso, que se diferencia del DSM-IV con la situación adictiva, se recomienda pasar por todos los pasos hasta 5 y empezar en los programas de los 12 pasos originados en las técnicas de autoayuda de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Los Programas de Autoayuda como AA, son históricamente una de las experiencias más exitosas.

Ciertamente en farmacodependencias, aún cuando los tratamientos ambulatorios tienen validez no podemos olvidar la necesidad de un Programa de Internación Hospitalaria. Teniendo en cuenta que aún estando internado, de acuerdo a los datos epidemiológicos revisados, el paciente presenta riesgo de suicidio dentro del mismo centro hospitalario, es siempre necesario tomar las medidas pertinentes.

Es fundamental entrevistar al adolescente, pero también a los padres y el entorno.

El consumo de sustancias psicoactivas, ya sea como preparados a partir de productos naturales o mediante procesos de extracción de los principios activos, ha sido una práctica usual en la especie humana desde su aparición sobre el planeta. Sin embargo, en los últimos siglos, y muy especialmente en la última mitad del siglo XX, esta práctica ha provocado una multitud de problemas de índole social. A partir de estudios antropológicos, se atribuye esta generalización a un cambio en los patrones de uso de las sustancias: se ha pasado de un modelo tradicional, en el que el uso está ritualizado al encontrarse en su totalidad ligado a prácticas mágicas, religiosas, curativas o alimentarias, hasta un modelo consumista, que transforma la droga en mercancía, sujeto a las leyes de la oferta y la demanda por encima de otras formulaciones legales, sin contextos regulados de consumo, haciendo de la conducta de consumo un acto individual, dicho por Merlo y Lago, en 1993.

Es perfectamente posible que algunas personas consuman sustancias psicoactivas, sin perder su capacidad de controlarlas, Pero para otros el uso de estas sustancias comporta consecuencias negativas que difícilmente compensan los beneficios que obtiene la persona. Cada vez con más claridad se advierte que el papel mediador de los factores cognitivos es un elemento clave para entender las conductas de aproximación a las sustancias, el inicio en el consumo, la experimentación de consecuencias del uso y abuso de sustancias, el establecimiento de una relación determinada con la sustancia y el ambiente, la motivación para dejar o persistir en el consumo, las dificultades para romper las relaciones establecidas, etc. Se trata de factores individuales que modulan los efectos que una sustancia produce en el organismo y la relación de ese organismo con el resto de estímulos presentes en su ambiente.

La ciencia de la conducta debe estimar las constancias y las diferencias entre las conductas de los diferentes individuos, para comprender, explicar y anticiparse a

las consecuencias no deseadas que tales conductas comportan. La drogodependencia ha supuesto, en las últimas décadas, un ámbito de estudio privilegiado para la comprensión de fenómenos conductuales y cognitivos que se entrelazan de formas muy diversas en un grupo de conductas tan complejas como las que suponen la autoadministración de sustancias.

También es de considerar que, así como la delincuencia no es privativa de las clases socioeconómicas bajas o marginales, tampoco el consumo de alcohol y drogas lo es. Tenemos delincuentes de guante blanco que son precisamente los que llevan a delinquir a aquéllos y los que distribuyen sustancias para su provecho y no se arriesgan a consumir.

¿Cómo entonces combatir este flagelo?

**Los jóvenes de hoy no tienen modelos que imitar.** Su vida es un vacío de indiferencia mal disimulada.

**La piedra fundamental de la reconstrucción es la familia, como célula nuclear del organismo social.** Para lograr esta reconstrucción es necesario reconstruir la educación y los sistemas de salud, teniendo en cuenta que son los pilares que sostienen a la familia que debe ser reeducada y rehabilitada. Los argentinos hemos transitado una imperceptible pendiente que nos ha llevado a esta caída. Ahora debemos levantarnos a cualquier precio. Creemos primordial la prevención primaria que se desarrollará con éxito favoreciendo la resiliencia en nuestros jóvenes.

Transcribiremos a modo de ejemplo dos casos:

**Caso 1.-** Descripción del caso:

Fecha de ingreso a guardia médica:

19/05/02

Hora: 4 A.M.

Fecha de ingreso a UTI: 19/05/02

Nombre: X

Sexo: Masculino

Edad 26 años

Estado civil: En pareja, aunque vive con los padres

Escolaridad: Secundario Incompleto

Ocupación previa al accidente:

Ninguna

Tipo de accidente Vehicular, Moto

Hora: 21 P.M.

Glasgow: 6/15

Lesión inicial: T.E.C. grave

Hematoma fronto-temporo-parietal izquierdo con borramiento de cisterna, desplaamiento de la línea media y compresión ventricular.

Complicaciones:

1: Descenso

Glasgow 4/15

2: Se realiza la evacuación del hematoma.

3: Se realiza punción de senos paranasales

4: Comienza a presentar infecciones diversas

5.- Escaras

Fecha de egreso: 26/07/02

Traslado

Domicilio

Grupo familiar:

Madre: 68 años, jubilada

Padre: 73 años, desempleado

**Comentario:**

X iba como acompañante, sin casco protector, con su amigo, quien tampoco llevaba casco. Al llegar a una esquina cruzaron con luz roja y fueron embestidos por un auto que venía de frente y tenía luz de paso. No perdieron el conocimiento y fueron trasladados a un hospital de la zona. Se les practicaron exámenes de rutina y ambos fueron aparentemente a sus domicilios.

A las tres de la mañana X comenzó a sentirse mal, con vómitos y un fuerte dolor de cabeza, por lo que se dirigió al hospital nuevamente, donde fue internado. Al agravarse su estado se decidió trasladarlo al Hospital de agudos Juan A. Fernández, donde rápidamente fue internado en la Unidad de Terapia Intensiva. Estaba solo.

El día lunes por la tarde se presentó la madre, quien dijo que no le habían avisado de la situación de su hijo ni dónde estaba. Amenazó con suicidarse si X moría. Permaneció a su lado en forma casi permanente.

Cuando la entrevistamos nos contó que estaba casada con un viudo con dos hijos. X es el único hijo de su vientre.

X estaba de novio con una joven de 19 años que llevaba tres meses de embarazo. La madre de X, ante el disgusto de los padres, la alojó en su casa hasta que ella se fue y, según relata, abortó.

Constantemente la madre de X manifestaba que le pedía a Dios que dispusiera de su hijo para que no sufriera.

A pocos días del accidente le preguntamos si se suicidaría de producirse la muerte de su hijo, a lo que respondió que no sabía.

Al casarse con su esposo, la mujer adoptó los dos hijos de él, aunque remarca siempre la diferencia entre estos hijos y X.

Las entrevistas con ella permitían percibir un profundo sentimiento de culpa. Nunca se veía al padre en el hospital Iba de noche a cuidar a su hijo. Cuando le preguntamos a ella y quisimos sugerirle que viniera a las reuniones acompañada por él, respondió que él no quería hablar con nadie, que estaba muy afligido por la situación de su hijo y no la podía aceptar.

Una mañana, al recorrer la sala, encontramos al padre de X. Es un hombre mayor, afable y dispuesto. Nos dijo que su esposa siempre había sido permisiva con este hijo, y que éstas eran las consecuencias. Que mientras a los otros dos les ponía límites, a él le dejaba hacer lo que quería. Había llegado al extremo de ir al colegio con él para que estudiara. Que a él no le gustaban las compañías de su hijo, pero que no podía hacer nada al respecto.

Los amigos de X al principio estaban siempre en la puerta del servicio. Un día la madre los echó.

Le preguntamos una y otra vez cómo eran los amigos de X, con quién salía, cuáles eran sus lugares de diversión. Siempre recibíamos respuestas ambiguas:

**“Mi hijo era amigo de todos, el borracho de la esquina, el hijo del diariero... Todos lo querían...”**

**“Ah, mi hijo tenía tantos amigos! A él le gustaba la gente. Lo que no le gustaba era estudiar. Hizo por fin dos años de bachillerato acelerado. Este año iba a hacer el último”**

**“Y, no... Usted sabe lo difícil que es conseguir trabajo en estos días”**

**“Los amigos antes venían pero ya no vienen más. En la plaza pintaron el árbol y ya no se reúnen más allí.”**

X tiene dos tatuajes: en el brazo derecho tiene tatuada una calavera de tamaño considerable de la cual penden sostenidas por hilos cinco calaveras más pequeñas. En el brazo izquierdo tiene tatuada una imagen tribal que representa una cara de gesto amenazante; en la cabeza lleva una piel de zorro y de las orejas caen dos aros largos que se entrecruzan encerrando una cabeza de murciélago.

Una integrante del grupo de neurotrauma fue a ver los árboles con los nombres pintados.<sup>5</sup> Se trata de cinco árboles añosos cuyos troncos muestran nombres

---

<sup>5</sup> Ver anexo 1

pintados en blanco. Cada uno de ellos fue despojado de su corteza en la parte inferior, la que es evidente que fue quemada. Todo parece indicar un rito de alguna secta.

Cuando le preguntamos a la madre si X bebía alcohol o consumía sustancias evadió las respuestas.

X después de ser derivado a la sala de terapia intermedia, y luego al servicio de clínica médica, fue enviado a su domicilio, dado que no presenta ningún tipo de evolución ni respuesta neurológica. Se retira del Hospital a su domicilio el 25/07/02. Su madre lo lleva a su casa, con auxilio insuficiente de P.A.M.I.

En el mes de setiembre la madre nos pidió que fuéramos a verla. Así lo hicimos y la encontramos muy excitada, sola, con su hijo tendido en una cama ortopédica, sin ninguna evolución. Su estado es prácticamente neurovegetativo. La madre vive para cuidarlo pero es una vida que lentamente se le escapa de las manos.

Cabe preguntarse: [¿Por qué los perfiles riesgosos que están allí, a la vista, no se perciben?](#)

X presentaba características que podían hacer pensar en el peligro:

- Escolaridad dificultosa
- Amistades de costumbres poco comunes
- Paternidad prematura en tanto no se había independizado
- Compañías con costumbres de ritos que hacen pensar en la pertenencia a grupos de hábitos dudosamente sanos

Como vemos son características que pueden advertir del peligro a los padres.

[¿Por qué no lo ven sino cuando ya es demasiado tarde?](#)

Respecto de los tatuajes, investigamos lo que acerca de esta autoagresión se sabe y vimos como datos relevantes que desde tiempos inmemoriales, el **tatuaje** ha estado relacionado con lo marginal, como arte de minorías y como lenguaje criminal. En lo más profundo de las celdas se cierne un sistema iconográfico que determina pautas, valores, y conductas, propio de un mundo violento y en oscuridad.

Los prisioneros buscan llenar desesperadamente el vacío de los días lentos. Muchos de ellos provienen de los arrabales de la sociedad. Para estos seres errantes, el miedo no tiene límites y los excesos no tienen fronteras. Algunos purgan condenas de más de 10 años, y también hay quienes cumplen una sentencia perpetua. Combaten la soledad con el trabajo (privilegio para pocos, ya que es escaso y está reservado para los de mejor conducta). Otras veces dedican su tiempo a la amistad, aunque este tipo de vínculo con frecuencia desencadena conflictos por cuestiones de "clase", entre los distintos grupos del penal.

En las cárceles todos conviven con reglas no escritas, son las leyes secretas del encierro. Muchos presos ocupan su tiempo grabando inscripciones en los muros. Sin embargo, estos hombres hallan un terreno más apto para plasmar sus verdades, reproches, recuerdos, y confesiones del alma; utilizan la escritura y recrean a través del tatuaje, un lenguaje inédito: el lenguaje de la piel.

La práctica del tatuaje pone al descubierto un submundo de significados ocultos. Los presos fueron unos de los primeros grupos que usaron los tatuajes para diferenciarse del resto de la sociedad, ya sea como señal de rebeldía o como símbolos de pactos entre logias carcelarias. Los internos los denominan "tumberos", y en general responden a un significado bastante específico.

A través de los dibujos profieren mensajes amenazantes contra el orden establecido. Cuando un preso se hace el tatuaje de una serpiente enroscada en

una espada, está expresando simbólicamente que se ha comprometido a matar a un policía. Y su promesa no tiene retorno, es imborrable.

En muchos casos, los tatuajes carcelarios expresan agresividad o confieren mayor jerarquía a quien los porta, dentro del círculo de los presidiarios. De acuerdo con una investigación efectuada en la cárcel de Rawson, por cuatro médicos de Chubut, de los 200 internos que alberga el establecimiento, 115 están tatuados. Los doctores Juan Ramón Acosta, Mariano Accardo, Ricardo Alvarez y Oscar Giovanelli trabajaron durante dos años con los presos e hicieron una clasificación exhaustiva de los tatuajes. Los motivos místicos, imágenes de santos y vírgenes, cruces o figuras de Cristo y del diablo generalmente, son muy comunes en los presos acusados por violación. En un 90% de los casos, esta clase de presidiarios se vuelcan al estudio de los Evangelios y adoptan posturas pacifistas. Los tatuajes pacíficos, también usados por agnósticos y ateos suelen representarse con dibujos de palomas, flores, estrellas o palmeras.

Mientras que para reafirmar su identidad, muchos presos eligen tatuarse su nombre entero o sus iniciales. Otra variante que se ve con frecuencia en los internos, son los tatuajes agresivos, representados con dibujos de aves de rapiña, espadas, animales feroces y puñales. Mediante estas figuras, los presos intentan poner en evidencia su rudeza, muchas veces con el fin de obtener un escalafón superior dentro del rango otorgado por los internos. La calavera, por ejemplo, significa que el portador del tatuaje no dudará en matar, ante una situación límite, para otros es una advertencia a la que se deberá prestar mucha atención.<sup>6</sup>

En un estudio reciente del Hospital Italiano, realizado por los doctores Cristina Catsicaris y Julio Busaniche, miembros de la Unidad de Adolescencia del Servicio de Pediatría, se demostró que ciertas conductas riesgosas como el consumo de drogas, alcohol y tabaco son prevalentes en adolescentes tatuados, del mismo modo que estos jóvenes son más proclives a los fracasos escolares, y a la iniciación sexual temprana.

El estudio, que se realizó en una población de 162 adolescentes de entre 13 y 21 años, la prevalencia de tatuados fue del 3% en los que ocupaban la franja de 13 a 16 años, mientras que en los de 17 a 21 años este porcentaje subió al 13%. Los participantes del estudio fueron jóvenes de nivel socioeconómico medio, que tenían las necesidades básicas satisfechas, obra social y alguno de los padres empleados. En este sentido, comparados con un grupo control no surgieron diferencias notables.

En cuanto a distinguir fumadores y no fumadores, el 72% de los tatuados tenía el hábito de fumar, contra los no tatuados, en los que el porcentaje fue de sólo el 27%. En cuanto al consumo de drogas, especialmente marihuana y alcohol, como así también la sexualidad temprana, y la variedad de parejas sexuales el porcentaje en los tatuados superó en forma significativa al grupo de los no tatuados.

Sostienen los autores de este trabajo que el perfil de riesgo de estos adolescentes existe desde la niñez, motivado por las características familiares o bien por las relaciones con los padres. Esto no implica que todos los que llevan tatuajes desarrollan conductas de riesgo, pero es un indicador de la necesidad de atención

---

<sup>6</sup> Donángelo, K., El lenguaje de los presos en la piel: Mi tatuaje me condena. En Sitio al margen, Revista Digital, julio 2002

y dedicación por parte del entorno. No hay que olvidar que los tatuajes, la colocación de aritos, entre otras, son autoagresiones que no deben pasarse por alto.<sup>7</sup>

Hoy muchos jóvenes se hacen tatuar por moda, pero ignoran muchos de estos aspectos. Sin embargo el padre de un adolescente que porta un tatuaje no puede dejar de advertirlo en algún momento. Esto constituye un llamado de atención. Como vemos X presentaba características premórbidas que podían haber servido para prevenir el evento poniendo límites precisos. ¿Por qué no se hizo así?

Quizá la problemática familiar hizo que se olvidaran aspectos de la educación del hijo que resultaban primordiales para él:

- El sobreponerse a las situaciones adversas
- El saber que sólo con sacrificios se consiguen los bienes duraderos a los que se aspira.
- La generación de expectativas de vida adecuadas.
- El desarrollo adecuado de la autoestima.

### **Caso 2:** Descripción del caso

Fecha de ingreso a guardia:  
23/10/02

Fecha del accidente: 6/10/02

Hora: 6 A.M.

Nombre: Y

Sexo: Masculino

Edad 30 años

Estado civil: soltero

Escolaridad: Secundario Incompleto

Ocupación previa al accidente:  
Herrero, repartidor de revistas de  
televisión por cable, del 26 al 30 de  
cada mes

Tipo de accidente Vehicular,  
atropellado por automóvil, con  
pérdida de conocimiento

Hora: 7 hs. A.M.

Lesión inicial: Presenta un  
hematoma subdural fronto temporal  
con lesión parietal, de 2 cm<sup>3</sup> que es  
evacuado por.

dos orificios. Se piensa en una  
probable labilidad vascular, que  
bien podría deberse al consumo

Fecha de egreso: 13/11/02

Traslado a domicilio

Grupo familiar:

Madre: asmática

Padre:

Hermano: 29 años

Hermana: 19 años, asmática

Es el segundo accidente. El primero sucedió en una ruta y fue atropellado por un camión, sin graves consecuencias.

Es consumidor de cocaína, marihuana, LSD.

La familia está compuesta por una hermana de 19 años, un hermano de 29 años, la madre y el padre. Y muestra mucho cariño por su hermana, que es asmática. El hermano es consumidor de marihuana, pero no tiene interés en dejar.

La historia de consumo de Y data de trece años y actualmente consume alrededor de veinte líneas diarias de cocaína. Se le había aconsejado mudarse del barrio en que vive pero el padre se negó aduciendo que si Y quiere dejar la droga puede hacerlo, dado que es "cuestión de voluntad".

Y es dado de alta; nuestro equipo se lo comunica.

Y. ¿Me puedo ir?

---

<sup>7</sup> "Vinculan tatuajes con conductas de riesgo", en Diario médico, lunes 25 de Noviembre de 2002, pág.3

Terapeuta. Sí

Y. ¿Vuelvo a mi casa?

T. Sí. Tendrás que cuidarte mucho y vendrás a vernos al consultorio.

Y. Doctora, **ayúdeme!**

T. ¿Qué pasa?

Y Este camino me lleva a la muerte **y solo no voy a poder.**

T. ¿Te hablaron de internarte?

Y. Sí. Un amigo mío recuperado me recomendó un lugar, pero... ¿y si me interno en hospital de día?

T. Yo no te puedo asegurar eso. Lo harán los especialistas. Lo primero que tenés que hacer es alejarte de **todos tus amigos consumidores**

Y. **Ellos me cuidan**

T. Pero el contacto no te hace bien. Tenés la droga al alcance de la mano. Es una tentación muy grande.

Y. **No importa. Yo les voy a explicar. Lo van a entender. Es por mi bien. Yo me quiero curar.**

Y pidió que se le hiciera un examen de HIV. Estuvo muy nervioso hasta que supo que el resultado había sido negativo. Salió de alta el 13/11. Volvió a vernos dos veces, en la reunión del grupo. En una de sus visitas nos contó que tenía alucinaciones, que no tenía prácticamente actividad sexual y que se sentía cansado siempre.

En su segunda visita, tres días más tarde, manifestó su decisión de internarse. Refirió que había llorado mucho por el alejamiento de los suyos que esto implicaba, pero que comprendía que era el único camino.

Dudamos de su fortaleza de decisión pero, desde el día 21/11 está internado en una granja de rehabilitación. Al decir de su madre está muy contento y adaptándose.

Vendrá a controles del Hospital, acompañado por algún cuidador de la Institución donde está internado, con muchas posibilidades de recuperarse, por su gran deseo de hacerlo. La Institución de Prevención de la Drogadicción y el Alcoholismo, nos presta su colaboración para poder mantener a este paciente en recuperación.

Es notable que desde el día del accidente no volvió a consumir

Los traumatizados craneoencefálicos moderados o graves, difícilmente pueden volver a ser lo que eran antes del evento traumático. Los cambios y minusvalías resultantes pueden ser demasiado severos. La rehabilitación es más o menos eficaz según el grado de gravedad de la lesión. Por ello es que hay que estar atento a la prevención.

En el caso de la pobreza y la marginación, esta prevención se puede llevar a cabo desarrollando desde pequeño en el niño la resiliencia. Pero no hay que perder de vista que no sólo la pobreza y la marginación emergentes de ella son causa de este problema.

Hablamos de resiliencia, pero, [¿qué es la resiliencia?](#)<sup>8</sup>

El hombre del tercer milenio es visto desde distintos puntos de vista. La postmodernidad nos muestra un hombre que deambula por la vida sin fines

---

<sup>8</sup> Rodríguez, V., **Prevención Terciaria y Resiliencia**, Trabajo publicado en *Psicología Preventiva y de la Salud*, Coordinador Oscar Ricardo Oro, Colaboradores Adriana Sosa Terradas, Silvana M. Torrijo, Marta Vigo, Ediciones Fundación Argentina de Logoterapia “Viktor E. Frankl, BsAs 2001. Pág. 275 a 288.

preconcebidos ni bien definidos, que trabaja si puede, dispuesto a gozar al máximo, sin medir las consecuencias personales y sociales.

Se inclina al facilismo cualquiera sea la vía de adquisición de la facilidad como consecuencia de estar inmerso en un mundo cambiante, que corre sin detenerse a mirar quién quedó atrás. La falta de futuro que así se genera lo lleva a transitar veredas de peligro sin ser consciente, o dotado de la omnipotencia que ya hemos mencionado.

Otros se sienten protagonistas del hacer que la modernidad dejó inconcluso. Este hombre distingue el valor de la trascendencia, la dimensión social, su presencia frente a la naturaleza y frente a sí mismo.

Es el hombre que elige la respuesta a su necesidad de ser auténtico, lograr su sentido de pertenencia, ser responsable de su mundo, que dejará a sus descendientes, que construye su propia identidad, fundada en lo que es y no en lo que posee. Está dispuesto a la prevención y promoción de la salud, busca descubrir sus potencialidades en bien de sí mismo y de la comunidad. La resiliencia le permitirá conseguirlo.

La resiliencia es primeramente la capacidad de los metales de recobrar la forma luego de haber sido sometido a una presión. Este término de la ingeniería utilizado en inglés para describir esa facultad de recuperación, también designa la facultad de una persona para sobreponerse a las condiciones de vida adversas.

Como metodología de abordaje es no clínico, neutro. En su aplicación en la vida concreta requiere de un marco de valores que implica una capacidad de resistencia y una facultad de construcción positiva (Vanistendael, 1998).

Este concepto se traslada al español como **entereza**. La persona que posee esta cualidad o capacidad, como queramos llamarla, puede enfrentarse con sus circunstancias, se organiza y se defiende para superar la adversidad.

La resiliencia le permite dinamizar sus potencialidades y valores, transformándolos en los ejes de un proyecto de vida comunitario. Esta perspectiva de "proyecto", lo ubica en una dirección, que en su propio desarrollo promueve conductas resilientes.

[Los pobres, los empobrecidos, los enfermos, los excluidos y discriminados, pueden así pensar en el futuro con igual derecho y dignidad, y no como meros receptores de apoyos paternalistas, de limosnas sin sentido ni porvenir.](#)

Todos los hombres poseen esta capacidad de superación ante la adversidad. La resiliencia ha despertado interés científico, y se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos tienen lugar a través del tiempo, y permiten combinaciones: el niño y su ambiente familiar, social y cultural que posibilitan la comprensión de determinadas situaciones, mediante la cual el niño hará frente a la adversidad con esperanzas de un futuro mejor por el cual luchar. ["La resiliencia no es un atributo innato, ni adquirido durante el desarrollo: se trata de un proceso de interacción entre el hombre y su medio"](#) (Rutter, 1992)

En la terapéutica actual se observa que personas sometidas a situaciones de riesgo y enfermedad, algunas superan la situación y hasta surgen fortalecidos de ella, mientras otras se abandonan y sucumben sin luchar por la vida que no quieren abandonar. Observamos, en el caso de accidentes graves, que algunos pacientes asumen su condición de riesgo premórbido, luchan por recuperarse y

piden ayuda para no reincidir. Otros, faltos de apoyo, se abandonan al destino que los lleva a la involución y la muerte. Nos surge la pregunta ¿Por qué es así?

El estímulo de los seres queridos y de aquellos que lo siguen diariamente en un equipo de salud, en una encarnizada lucha con la muerte logra despertar en ellos la fuerza que los remedios no pueden dar.

La sistematización y conceptualización de la resiliencia se obtiene integrando aportes de distintas teorías psicológicas. El concepto de resiliencia y la posibilidad de su promoción implican la transdisciplinariedad entre el ámbito social y psicológico, abriendo perspectivas de trabajo e investigación en esta prevención primaria, mucho antes de que aparezca la emergencia.

La resiliencia como parte del proceso evolutivo debe ser promovida desde la niñez (Munist y otros 1998). El concepto de resiliencia parte de las potencialidades de la persona y del rol protagónico de la familia en el desarrollo de los hijos. Pensamos que no se debe llegar a las situaciones extremas sino tratar de prevenirlas. La resiliencia crece en un marco interactivo entre el niño y su entorno. No es un concepto absoluto ni estable, por lo tanto es necesario fomentarla dentro de un contexto cultural local específico.

La mayor fuente de resiliencia es la propia autoestima, que debe ser alimentada y fortalecida en primer lugar por los padres, como primeros educadores y modelos de los hijos. **Cualquiera sea la situación, el niño debe tener un concepto elevado de sus progenitores.** Debe comprenderse que las desavenencias, los desacuerdos entre la pareja dejan residuos imborrables en los hijos, que buscan consuelo en amigos no apropiados.

La pobreza, la marginación, crean resentimientos en aquellos que no están preparados ni tienen herramientas para superarse a sí mismos.

La persona resiliente piensa que tiene personas alrededor, en quienes confía y que la quieren, poniendo límites para que aprenda a evitar los problemas que le muestran por medio de su conducta, la manera correcta de proceder, que quieren que aprenda a desenvolverse en forma autónoma, que la ayudan cuando se encuadra enferma o en peligro, o cuando necesita aprender. Esta persona se inclina a ver de modo optimista las reconvenciones bien intencionadas, pero también desarrolla un juicio crítico que le permite la selección entre lo bueno y lo malo, de acuerdo con criterios éticos de convivencia.

Piensa que es una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño, feliz cuando hace algo bueno para los demás y les demuestra su afecto, que es respetuosa de sí misma y del prójimo. Se siente dispuesta a responsabilizarse de sus actos segura de que todo saldrá bien.

Sabe que puede hablar sobre cosas que lo asustan o inquietan, que puede buscar la manera de resolver sus problemas, controlarse cuando siente el impulso de hacer algo peligroso o impropio, de buscar el momento apropiado para hablar o encontrar a alguien que lo ayude cuando lo necesita. (Grotberg, 1997).

Algunos generadores de resiliencia son las redes sociales y la aceptación incondicional, la capacidad para averiguar el orden, sentido y significado de cuanto ocurre en la vida, la diversidad de aptitudes, la autoestima y el sentido del humor.

“La resiliencia nos ayuda a distanciarnos del desánimo, en cuanto realismo sin esperanza, del cinismo, incapaz de ver el rostro positivo de la realidad, de ilusiones poco realistas” (Vanistendael, 1998).

Los pilares de la resiliencia son la resiliencia personal, la autoestima consistente, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, la creatividad, la moralidad, el humor. La resiliencia comunitaria se acerca a la concepción de comunidades saludables y al tema estratégico de capital social. Es una nueva herramienta para obtener equidad social y una nueva arma para luchar contra la pobreza. (Suárez Ojeda, 1995)

Las tres propuestas: las fuentes interactivas de la resiliencia, capitalizar las fuerzas del individuo, y los pilares de la resiliencia personal y comunitaria, coinciden en la centralidad y libertad de la persona, en el proceso de desarrollo de conductas resilientes.

**Enfrentar, aceptar, asumir** son términos atribuidos a Freud como indicadores de madurez psicológica, son en el campo social, tres pasos sucesivos y coordinados con que científicamente se sitúa el análisis de la realidad social.

El análisis social es una mediación científica necesaria que pretende investigar, interrelacionar e interpretar los diferentes elementos que conforman una comunidad o grupo social.

En el análisis conyuntural resultan relevantes los comportamientos y la psicología de los individuos y personas concretas.

Diferentes autores coinciden en que los factores que logran proteger a las personas son su habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva.

El fenómeno del yo resiliente es la experiencia humana universal por excelencia. Sabemos la importancia del rol de la familia en su construcción y la influencia de la escolaridad. Es la experiencia por la cual la persona realiza su experiencia interior mediante la cual reconoce otros yoes. Cada cultura lo conforma de manera peculiar: algunos ponen énfasis en la autonomía y la individualidad, en los lazos de filiación, otras en un orden social o religioso.

Por ser la escolarización el primer ámbito extra familiar, juega un papel importante en la socialización secundaria. Según sea el desempeño de la escuela, el yo se consolida o debilita en su desarrollo. (Bruner, 1997)

"Las investigaciones han revelado que cerca del un tercio de los niños crecen en medios con múltiples agentes estresantes e infrecuentes oportunidades, son niños bien adaptados y se convertirán en adultos con una vida normal. Estos niños pueden establecer relaciones estables y positivas con sus pares y con los adultos, aprovechan bien su estadía en la escuela construyendo un futuro con esperanza" (Menvielle, 1994).

### **Rol de la familia y de la comunidad en la promoción de conductas resilientes.**

La definición conceptual de familia y el cambio vertiginoso de la sociedad conlleva complejidad. Desde un enfoque no resiliente, la familia y la comunidad están condicionadas por las características de las políticas sanitarias y en consecuencia por los servicios de salud. El nuevo paradigma de la salud es el mejoramiento de la calidad de vida a través de los sistemas preventivos resilientes-logoterapéuticos. Desde el enfoque resiliente la familia y la comunidad asumen un rol protagónico.

La que educa es la familia y lo que ella no hace la institución que intenta hacerlo nunca llega a alcanzar los logros que ella puede alcanzar. Lo que educa es el ambiente que la familia crea culturalmente, no lo que sus miembros dicen que hay que hacer (PNUD, 1998).

Froma Walsh explica "el concepto de **"resiliencia familiar"** [family resilience] "considerándolo un marco de referencia útil para orientar las investigaciones, intervenciones e intentos de prevención".

Las intervenciones destinadas a robustecer la resiliencia familiar tienen particular relevancia para sortear los rápidos cambios sociales y la incertidumbre que enfrentan las familias. Al consolidar la resiliencia familiar, robustecemos a la familia como unidad funcional y posibilitamos que inculque esa capacidad en todos sus miembros" (Walsh, 1996)

La autora cita a Garmezy de quien expresa "ha sido un tenaz propugnador de que, para conceptualizar la adaptación al estrés en situaciones de propensión a éste, se lleven a cabo investigaciones longitudinales evolutivas sobre los grupos de alto riesgo a fin de comprender tres series de factores biológicos y psicosociales interrelacionados:

- La vulnerabilidad o predisposición;
- Los sucesos desencadenantes o potenciadores del estrés;
- La resiliencia protectora frente al estrés, que permite mantener la competencia en circunstancias angustiantes (Walsh, 1996 )

"En las comunidades pobres los desafíos que enfrenta la familia no se relacionan únicamente con la comida o los recursos básicos sino también con lo espiritual: la edificación de un sentimiento de dignidad y de futuro en grupos familiares que, debido a su desesperación, han renunciado a su sentido de la vida y a su autovaloración. En estos casos, el optimismo y la esperanza - factores claves de la resiliencia- exigen sensibilidad social para poder mejorar la situación y las perspectivas de la familia." (Aponte, 1995)

Los recursos de apoyo de la familia extendida y los de la comunidad requieren por parte del individuo o de la familia la decisión de utilizarlos.

"El hombre no es verdaderamente sano más que cuando es capaz de observar varias normas, cuando es más que normal. La salud es la capacidad de poder caer enfermo y defenderse, en tanto que la enfermedad, por el contrario, es la reducción del poder de superar las dificultades" ( Acevedo, 1996).

### **La resiliencia en los niños:**

La lectura de la realidad desde la resiliencia persigue una perspectiva distinta a la de las políticas compensatorias: evitar o disminuir al mínimo la frecuencia de los trastornos psicológicos en los niños, uno de los objetivos de la psicología comunitaria. (Feldman, 1998)

Los niños para desarrollar conductas resilientes necesitan:

- 1- Redes de apoyo social: aceptación incondicional del niño como persona.
- 2- La capacidad para averiguar el sentido de la vida en estrecha relación con la vida espiritual y la fe religiosa.
- 3- Aptitudes y sentimientos de tener algún tipo de control sobre la propia vida.
- 4- Autoestima.
- 5- Sentido del humor.

"Los comportamientos que los padres adoptan frente a sus hijos y especialmente aquellos que muestran comportamientos conducentes a la superación y resolución acertada" influyen en las conductas que tendrán sus hijos, (Bar-on et al, 1998) "los padres que muestran conductas resolutorias eficientes (coping) tienden a dejar un sello o una impronta en los comportamientos que con posterioridad tendrán sus hijos" (Cichetti, 1993).

Los cuatro factores decisivos de la psicología preventiva:

- Reconocimiento de que la salud es un derecho social básico no sólo en el aspecto biológico.
- Cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad. No enferma por los recursos que no tiene sino por lo que hace con lo que tiene.

Surgen resultados de la aplicación de conductas cognitivas conductuales con resultados positivos en el área de la salud.

### **Conclusiones**

Los dos casos que hemos relatado nos muestran las dos caras de la moneda:

Y tiene una posibilidad, pero muy remota. Fueron muchos años de autoagresión y los resultados están a la vista. Su madre llora pero no fue capaz de imponerse para evitar la pendiente peligrosa por la que se deslizaba su hijo. Es más, hoy quiere que Y se rehabilite pero ni habla del otro hijo que está en el mismo camino.

Nadie percibe el daño hasta que éste se vuelve irreparable. Cuando es tarde, es inútil llorar. Sólo una educación que contenga este desborde puede revertir las cosas, una educación de los padres para que, cualquiera sea la situación, sea posible la prevención y se evite la pérdida de tantos jóvenes que terminan en la delincuencia, la depresión, el suicidio o la muerte. La comunidad toda debe entender que si no se educa desde la familia, nada se puede hacer para evitar este flagelo que nos azota. Los padres deben saber asumir que son los primeros educadores. Las situaciones socioeconómicas que nos afligen hoy no deben repercutir en nuestros hijos. Por esta razón la familia debe ser la primera promotora de resiliencia en los hijos. Debe hacerles comprender que todo se obtiene con el sacrificio del trabajo, tal como dijo el Señor: "Ganarás el pan con el sudor de tu frente" Aquel que haya sido educado en este principio, buscará las fuerzas necesarias para adscribirse al género de vida al que aspira con honestidad, y sabrá sobreponerse a la adversidad, buscando caminos que lo lleven hacia su meta. La permisividad, la falta de valores, el desinterés, la falta de atención hacia los hijos, los lleva a caminos no deseados, que culminan en eventos infortunados, que los atan por el resto de sus vidas.

X era un joven lleno de vida, pero sin aspiraciones. Poco afecto al estudio y al trabajo. Su madre creyó que el amor a su hijo, el único hijo de su vientre, se demostraba con permisividad. Hoy nadie puede asegurar cuál será el destino de X, pero ya no es el X que era, ni volverá a serlo. Su familia se ha desintegrado, y aún así no se perciben los indicadores que estaban a la vista: problemas de escolaridad, indolencia, amistades de costumbres extrañas...

Se debe restaurar el valor de la familia, que es la célula nuclear de la sociedad. La vida en comunidad y armonía se basa en los principios que se adquieren desde la cuna en el seno de la familia bien constituida, como modelo para los hijos que mañana construirán su porvenir y su propia familia.

En nuestro quehacer cotidiano vemos pacientes cuyas familias se desmembran frente a la adversidad por que no tienen fuerzas para afrontarla. Estas familias no pueden dar fuerzas a sus hijos. Pero la adversidad que deben afrontar es el resultado de la falta de conciencia del rol de familia que debieron cumplir y no lo hicieron.

Mirando el registro de pacientes traumatizados craneoencefálicos atendidos en el año 2002, hasta la fecha tenemos en protocolo treinta y cinco pacientes, de los cuales son once de género femenino y veinticuatro, masculinos. Los traumas craneoencefálicos fueron producidos por consumo de alcohol y/o drogas en la

mayoría de los casos. Un bajo porcentaje corresponde a causas desconocidas, considerándose éstas eventos tales como accidentes cerebro vasculares estructurales o traumas de otro origen, distinto del alcohol y la droga. Es necesario llamar la atención acerca de que sólo la educación tiene la palabra en la solución del problema. La primera institución es la familia, le siguen las instituciones que pueden completar su labor, nunca reemplazarla.

El análisis de los datos nos permiten enfatizar la necesidad de asumir medidas rápidas y eficaces:

De los resultados de nuestra experiencia se puede inferir que

- Es mucho más alto el porcentaje de accidentes en los hombres que en las mujeres.
- El 40% de los accidentados se encuentran en la franja de 15 a 25 años, tanto en hombres como en mujeres.
- El 50% de los accidentes son vehiculares, ya sea en conductores o en peatones atropellados
- En los hombres el porcentaje de accidentes de moto alcanza al 40% mientras que en mujeres no se registran estos accidentes
- Los porcentajes de accidentes de automóvil son significativos tanto en hombres como en mujeres
- Los accidentes por caídas resultan significativos en ambos sexos, del mismo modo que los motivados por estrés, accidentes cerebrovasculares, etc.
- Se registra un alto consumo de tabaco en los hombres, pero no son datos confiables porque algunas mujeres consideran que fuman poco, cuando no es así. Nosotros consideramos fumador a aquel que fuma un promedio de diez cigarrillos diarios.
- Con respecto al consumo de alcohol y drogas en forma conjunta, es muy alto el porcentaje en los hombres, pero no deja de ser alarmante este consumo en las mujeres.

Podemos concluir que la situación con respecto a las adicciones en nuestro país es de cuidado. Resulta urgente asumir el sentido de la prevención por medio de la educación y el cuidado conciente de la salud para evitar males irreversibles. Nuestro grupo sólo trata el 20% de los traumatizados craneoencefálicos que se producen. El 80% restante corresponde a traumatizados leves que no entran en nuestro protocolo. Casi todos nuestros pacientes tienen entornos de adicciones peligrosas. Los padres son más proclives a denunciar el consumo de drogas que el de alcohol, porque no se tiene en cuenta el peligro que éste encierra. Se considera que la cerveza es una bebida inocente y que nada puede causar. Las preocupaciones del desempleo, el trabajo excesivo hacen descuidar a los jóvenes que buscan refugio en medios que los empujan a caminos sin retorno. Los padres no perciben esto hasta llegar a situaciones irreversibles.

Sólo la conciencia de que se debe educar a los jóvenes, dándoles armas para sobreponerse a la adversidad de la crisis que hoy nos envuelve, puede evitar estas circunstancias tan dolorosas para la comunidad.

El objeto de este trabajo es mostrar cómo las adicciones influyen en la ocurrencia de estos eventos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Aberastury, A. Citado por Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág. 40.
- Acevedo, J. (1996) "El modo humano de enfermar". Ediciones de la Fundación de Logoterapia "Viktor E. Frankl". Buenos Aires. Pág.19; 25;53;57;
- Aponte, H. ( 1995) Citado por Walsh, Froma "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío" Revista Sistemas Familiares . año 14 n° 1 marzo 1998. Asociación Sistémica de Buenos Aires. Pág.24.
- Bar-on et al. ( 1998) Citado por Kotliarenco, Ma.Angélica y Cáceres Irma (1998) "La Resiliencia como 'adjetivización' del proceso de desarrollo infantil". Santiago de Chile. Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág.14.
- Bruner, Jerome(1997) "La Educación puerta de la cultura" Aprendizaje Visor Madrid
- Cajiao, Silvio sj. (1999)"Solidaridad en un mundo diverso y global", Ponencia ante los Presidentes de FIDE de los países americanos. CONSUDEC n° 862, Buenos Aires. Pág. 12
- CIAS, (1990) Centro de Investigación y Acción Social, documento de trabajo "Análisis de la realidad en el trabajo pastoral" .Pág. 23 a 25. BsAs.
- Cichetti, D., (1990) citado por Kotliarenco, Ma.Angélica y Cáceres Irma (1998) "La Resiliencia como 'adjetivización' del proceso de desarrollo infantil" Santiago de Chile. Pág.14.
- Cichetti, D., (1993) citado por Kotliarenco, Ma.Angélica (1999) "Algunas particularidades metodológicas en los estudios sobre resiliencia" Santiago de Chile. Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Feldman, Robert S. (1998) "Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana" Mc.Graw Hill, 3° ed., México. Pág. 298
- Frankl, Viktor (1983) "Psicoterapia al alcance de todos" Edit.Herder.Barcelona. Pág.44
- Garnezy, N. (1994) citado por Walsh, Froma "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío" Revista Sistemas Familiares . Año 14 n° 1 marzo 1998. Asociación Sistémica de Buenos Aires. Pág.17
- Grotberg, E Citado por Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia". Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág. 30-31
- Hetherington, E.M., (1998) citado por Walsh, Froma "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío" Revista Sistemas Familiares .

año 14 n° 1 marzo 1998. Asociación Sistémica de Buenos Aires. Pág.22

- Kotliarenco, Ma. Angélica y Mardones, Francisco y Melillo y Aldo, Suarez Ojeda, Elbio N. (2000) "Actualizaciones en Resiliencia". Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Kotliarenco, Ma. Angélica y Cáceres Irma (1998) "La Resiliencia como 'adjetivización' del proceso de desarrollo infantil" Santiago de Chile. Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Kotliarenco, Ma. Angélica (1998) "Desarrollo infantil de calidad: interacción entre Resiliencia biológica y psicosocial" Santiago de Chile. Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Kotliarenco, Ma. Angélica (1999) "Algunas particularidades metodológicas en los estudios sobre resiliencia" Santiago de Chile. Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Kotliarenco, Ma. Angélica y Cáceres Irma y Rojas Ximena (1998) "Programas de Intervención basados en el concepto de Resiliencia" Santiago de Chile. Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Menvielle, E (1994) Citado por Spósito, Mónica (1998) La Resiliencia : "Una nueva perspectiva en la intervención psicosocial". Ponencia presentada en el "Encuentro Nacional Pastoral Niños y Familias en Riesgo" Villa Giardino- Córdoba. Pág.6.
- Munist, M. Y otros (1998) citado por Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia"
- Oro, Oscar (1998) "Persona y Personalidad" Edición de la Fundación de Logoterapia "Viktor E. Frankl". Buenos Aires.
- Rogers, Carl (1974) "El proceso de convertirse en persona", Paidós, 2º ed., Buenos Aires. Pág.169
- Rutter, M. (1992) Citado por Kotliarenco, Ma. Angélica y Cáceres Irma (1998) "La Resiliencia como 'adjetivización' del proceso de desarrollo infantil". Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
- Rutter, M. (1992) Citado por Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág. 28
- PNUD (1998) "Informe Argentino de Desarrollo Humano" Tomo I "Los valores para el desarrollo humano de los argentinos" Honorable Senado de la Nación. Buenos Aires.

- Suárez Ojeda, Elbio Néstor (1995) Citado por Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág.29
- Suárez Ojeda, Elbio Néstor (2000) "Desarrollo de la 'Resiliencia' en América Latina" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús. Prov. de Buenos Aires. Pág.104.
- Spósito, Mónica (1998) La Resiliencia : "Una nueva perspectiva en la intervención psicosocial" Experiencia del Hogar de Cristo en Chile. Ponencia presentada en el "Encuentro Nacional Pastoral Niños y Familias en Riesgo" Villa Giardino- Córdoba.
- Vanistendael, Stefan (1998) : "Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo" 3º Edición Secretariado Nacional para la Familia. Oficina del libro (CEA) Buenos Aires. Págs.22 y sgtes.
- Vanistendael, Stefan (1998) Citado por Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág.42
- Walsh, Froma "El concepto de resiliencia familiar: crisis y desafío" Revista Sistemas Familiares . año 14 nº 1 marzo 1998. Asociación Sistémica de Buenos Aires. Pág.11
- Winnicott citado en Melillo, Aldo y Estamatti, Mirta y Cuesta, Alicia "Algunos fundamentos psicológicos del concepto de Resiliencia" Colección Salud Comunitaria- Serie Resiliencia. Ediciones Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires. Pág.36
- Saucedo de Rizzo, Blanca M. (2002), Síntesis de su tesis doctoral "Perfiles de riesgo y familia" , Universidad del Salvador, Facultad de Psicología".