

MONOGRAFIA
ADOLESCENCIA Y PREVENCIÓN
CONDUCTA DE RIESGO
Y RESILIENCIA
AUTOR: DR. LEONARDO LERNER
AÑO 2009



INTRODUCCIÓN

La situación económica apremia. El 53% de los chicos habita en hogares pobres, siendo que en el año 2000 había un 49% en esta situación, el avance de este flagelo es más que claro; circunstancias que es más grave en el interior del país, mientras en la CABA el 19,3% de los chicos es pobre, en el NE. es de 7 a 10.

Sobre el total de la población existen 13,3 millones de personas pobres en el país, de los cuales 46,7%. Son menores que viven en familias sin ingresos suficientes para comprar alimentos y servicios básicos.

La legislación argentina sobre minoridad se encuentra entre los más atrasados de América latina. Los crecientes índices de desviación escolar aumentan los niveles de criminalidad. La legislación argentina no solo es la más atrasada, sino que además viola la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y los Adolescentes que el país convirtió en ley en el año 1990.

Nuestro país parece no ser capaz de sostener un modelo que contenga y prevenga la acción delictiva atribuida a niños y adolescentes, sin dejar de violar sus derechos existentes tanto en la Constitución Nacional y la Convención.

A raíz del pedido de la sociedad por un nivel mínimo de seguridad, son pocos los políticos, que querrían asumir el riesgo de opinar, que no corresponde penalizar a adolescentes como si fueran adultos, se debería revisar y promover una política social para preservar a niños y adolescentes en riesgo.

Las leyes vigentes (patronato de Menores y Reg. Penal de la Minoridad).

La ley Agote sancionada en 1919, fue una herramienta legal para criminalizar la pobreza, las penas para adolescentes están reguladas por dos leyes de la Dictadura Militar la ley 22.278 y 22.803 por las que el juez resuelve la internación de menores de 16 años, sin pasar por un juicio previo; no solo cuando el joven primitivamente haya cometido un delito, sino cuando haya sido víctima de uno.

Emilio García Marques funcionario de UNICEF Latinoamérica sostiene ,que en la argentina existe una política para niños ricos y otra para niños pobres ,siendo que para los menores de clase media y clase media alta se rigen por la regulación del Código Civil y Comercial mientras que en una misma situación de conflicto, pero donde el enjuiciado es un menor hijo de padres pobres es el Estado quien decide la internación en los Institutos de Menores por un tiempo indeterminado hasta la mayoría de edad.

En la actualidad el eje del debate recae sobre si es necesario subir o bajar la edad para el enjuiciamiento de los jóvenes, un estudio comparativo con la legislación vigente de otros países como Brasil y Costa Rica, donde existe una justicia para adolescentes Infractores donde son juzgados con todas las garantías posibles (abogado defensor, posibilidad de presentar prueba, etc.) Si se comprueba el delito las medidas aplicadas son graduales: Amonestación, trabajo comunitario, libertad asistida, y solo en última instancia privación de la libertad por no más de tres a cinco años.

Distintos estudios estadísticos demuestran que las drogas son gran propiciadores en especial del crimen violento. Las estadísticas demuestran un aumento alarmante del consumo de drogas en Argentina en los últimos años, el 3 % de los argentinos de entre 15 y 65 años consume drogas de manera regular, el consumo en los hombres triplica al consumo de las mujeres. Cuatro de cada 10 emergencias atendidas en los Htales. Públicos de Capital y del Conurbano Bonaerense son por abuso de droga y alcohol y dos de cada tres de estos se tratan de jóvenes de entre 15 y 35 años. (16) (17)

Cada vez son más las leyes que se adaptan en cada región a los tratados y convenciones internacionales sobre los derechos de la infancia. Estas reglamentan por ejemplo, que los niños tienen derecho a una alimentación, vivienda, atención médica, educación, igualdad, sin ningún tipo de distinción, a no ser explotados, a no trabajar, etc. Pero en las prácticas cotidianas, los postulados en cuanto a los derechos de la infancia, no operan como instituidos sino que en su lugar sobrevive él "paradigma" de la situación irregular. Es decir que el devenir de un cambio se fortalece en la letra de la ley pero aún no se ha consolidado en los usos y costumbres de la comunidad.

HISTORIA DE LA LEGISLACIÓN DE MINORIDAD EN ARGENTINA

La Ley n° 10903 de menores promulgada en 1919, establece la función tutelar del Estado en relación con los menores que necesitan amparo. Se trata de la tutela sobre todo menor autor o víctima de delito, los menores son representados por el Ministerio de Minoridad. Esta Ley establecía que todo niño o adolescente que se le supusiera en situación de maltrato, abandono o peligro físico y/o moral, se encontraba en necesidad de protección, tutela y formación. Esta tarea quedaba a cargo del juez. Este tenía una absoluta discrecionalidad para la disposición de los "menores", tanto en los casos en los que el niño o adolescente hubiese realizado un acto lesivo de un bien jurídico como en los casos en los que se los considere carenciados, teniendo total decisión sobre la patria potestad.

En nuestro país se ratificó en octubre de 1990 la Convención Internacional de los Derechos del Niño y en 1994, la Convención Constituyente le dio estatuto constitucional. En el año 2005, se promulgó la Ley Nacional 26061, que sigue los lineamientos propuestos por la doctrina de protección integral. Hasta el siglo XIX la justicia penal no hacía una diferencia entre niños y adultos.

Para la doctrina de protección integral el niño es objeto de derechos: como está establecido por el Art. 54 de nuestro Código Civil, los menores impúberes, tienen incapacidad absoluta, lo cual implica que pueden adquirir derechos o contraer obligaciones por medio de los representantes que le da la Ley Art. 56.

Se reconoce al niño o adolescente su calidad de ciudadano, capaz, con posibilidad de participar, como titular de sus derechos, en las decisiones que se toman con respecto a él.

En el marco de esta doctrina, las medidas tutelares, tienen la finalidad de lograr el desarrollo pleno y armónico del sujeto. Y este desarrollo estará a cargo del juez. Para los jóvenes que transgreden la ley en la actualidad, existe una división en franjas etáreas, donde los menores de 16 años son inimputables, no importa su gravedad. Los menores de 16 a 18 pueden ser inimputables o punibles, si dependiendo de la conducta transgresora que realice. Para estas dos franjas etáreas el juez es el que decide el destino del menor, si cuenta con una familia contenedora que pueda ayudarlo a superar este hecho puede ser destinado a un adulto que sea su tutor, y sino cuenta con dicho apoyo el juez dispone de su tutela enviándolo a una institución, sólo por representar un riesgo para los demás y para sí mismo. Los jóvenes de 18 a 21 ya son punibles por ser totalmente conciente de sus actos y la gravedad de los mismos.

Ley 22.278 artículo 1 -Régimen Penal de Minoridad - que establece que no es punible el menor que no haya cumplido 16 años de edad pero autoriza a la autoridad judicial a disponer de su arresto provisional si existiere imputación en su contra. (16) (17)

SITUACIÓN DE LA NIÑEZ

- 1.- El 41% de los niños de 14 años o menos son pobres
- 2.- El 12% de los niños de 14 años o menos son indigentes
- 3.- La tasa de mortalidad infantil en Argentina triplica la de Singapur, es un 90% superior a la de Cuba y un 35% superior a la de Chile
- 4.- La tasa de mortalidad infantil en hijos de madres con primaria incompleta o menos es un 300% superior al de madres con secundaria completa o más
- 5.- La vivienda y provisión de agua inadecuadas aumentan en un 61% las posibilidades de los niños de morir antes de cumplir 2 años de vida
- 6.- La ausencia de cobertura de salud de la madre y las necesidades básicas insatisfechas aumenta un 41%. Los riesgos de muerte de los niños antes de los 2 años de vida.
- 7.- La tuberculosis pulmonar en niños menores de 5 años creció un 153% durante la convertibilidad.
- 8.- La diarrea infantil creció un 40% durante la convertibilidad
- 9.- El 35% de los niños menores de 6 años no está vacunado contra la polio
- 10.- El 30% de los niños menores de 6 años no recibió la vacuna de la triple
- 11.- Existen en el país 4.890.000 de niños pobres menores de 14 años, de ellos 1.390.000 son indigentes.
- 12.- El 1.390.000 de menores indigentes de no existir ayuda externa, están imposibilitados de acceder a una canasta básica alimentaria
- 13.- El 45% de los niños menores de 4 años no tiene ninguna cobertura de salud.
- 14.- El 41% de los niños de 5 a 14 años no tiene ninguna cobertura de salud
- 15.- Factores que inciden en droga delincuencia son:

a.- Uso de drogas	43%
b.- Desempleo	42%
c.- Pobreza	28%
d.- Falta de educación	16%
e.- Falta de severidad de los jueces	15%
f.- Pérdida de los valores tradicionales	13%
g.- Consumo de bebidas alcohólicas	12%
h.- Falta o fallas en las leyes	12%
i.- Policía inefectiva	8%
j.- Situación en las cárceles	1%
k.- Otras Razones	3%

Estos son todos indicadores de ineficacia estatal: inexistencia de políticas sociales, o que las mismas son desarticuladas y por ende inefectivas. (16) (17)

DROGADICCIÓN Y VIOLENCIA:

Introducción:

La OMS definió en 1989 las edades de entre 10 y 20 años para delimitar la adolescencia. Los fenómenos de salud que afectan más frecuentemente a adolescentes y jóvenes en la actualidad en Latinoamérica, pertenecen al área psicosocial. Son alteraciones psicopatológicas que repercuten en ellos mismos y en la comunidad.

Un aspecto que se observa con creciente preocupación es el aumento de la violencia, (asaltos, robos a mano armada, atentados contra la propiedad, peleas, homicidios, y suicidios). Especialmente en los grandes centros urbanos constituyen un problema que requiere urgente atención

El fenómeno de la violencia en los centros urbanos es entendido como un proceso social que comprende las más variadas formas de agresión, que tiene un efecto multiplicador y expansivo, que no solo afecta a las víctimas, sino a la sociedad en pleno por la cual su aumento es motivo de preocupación.

El drama secreto y diario de la violencia familiar no es padecido en forma exclusiva por las clases bajas; sin embargo, resulta innegable, que la insatisfacción de las necesidades básicas así como también la falta de expectativas de cambio, genera situaciones de violencia en el núcleo familiar como respuesta a los conflictos que no puede resolver.

Si bien la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios, de desajustes transitorios de la conducta, de inestabilidad emocional, cuando llegan a perturbar el entorno familiar o producen daños a terceros, constituyen de por sí un desorden, no clasificado aún como una patología específica, sino que obedece a complejas situaciones, tiene características cada vez más definidas en cuanto a síntomas, el diagnóstico de base, sus substratum biológico y estructura familiar en la cual asienta, así su asociación frecuente con los consumos de sustancias tóxicas.

En la Argentina del total de muertes producidas en adolescentes varones, cerca de la mitad, corresponde a causas vinculadas con hechos de violencia (accidentes, suicidio, homicidio y agresiones), siendo mucho menores entre las mujeres. Los adolescentes varones son víctimas victimarios de otros adolescentes violentos.

Una de las características de los actos violentos entendidos como desorden patológico, es su brusquedad.

Se producen rápidamente, duran poco tiempo y suelen ser imprevistos para la víctima. Son conductas destructivas, tanto hacia uno mismo (auto lesiones, conducta suicida) como hacia los demás (lesiones, robos, homicidios).

Aquellos adolescentes que no viven con sus familias y lo hacen en hogares transitorios o en la calle, están mas expuestos a ser víctimas o victimarios de hechos de violencia así como de abuso sexual.

El estado argentino tiene responsabilidades con respecto a los menores de edad como volcados en leyes nacionales, especialmente cuando se considera que el niño o adolescente se encuentra en peligro moral y/o material.

Recientemente se actualiza este compromiso al ratificar la Convención sobre los derechos del niño que en este momento es parte de la Constitución Nacional Argentina.

Estas funciones del estado son delegadas en Instituciones de Menores con el fin de propender a la protección integral de los niños.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICO ACTIVAS:

Clasificación:

Alucinógenos: Naturales son

Psilocibina: Se puede comer, cocinar, secar o machacar. Consumo vía oral en capsulas o en tabletas.

Efecto: Percibir cosas en lugares que no son normales, alucinaciones muy coloridas, sensación de relajación, cólicos abdominales y diarreas, escenas retrospectivas. Comienza a los quince minutos de su ingestión y puede durar 9 horas.

Peyote: sustancia química en su parte central mescalina. Se lo corta en rodajas y se seca hasta formar un botón mescal que se mantiene en la boca hasta que se agranda y luego se traga, o se utiliza como té. Se puede obtener sintéticamente también en cápsulas o en tabletas.

Efectos: a la hora de ingestión nauseas, vómitos, respiración entrecortada, taquicardia, temblores, puede durar hasta doce horas.

Efectos caleidoscópicos, ver música en colores u oír la pintura como si fuera música.

Alucinógenos Sintéticos:

Dietilamida del ácido lisérgico: es una de las drogas sintéticas más poderosas, la quinta parte de un gramo de una tableta (equivale al tamaño de una aspirina) contiene suficiente LSD para producir efecto a 3.000 personas, es cien veces más fuerte que la psicoglobina, y 400 veces más fuerte que la mescalina, es un polvo blanco, insípido, incoloro e inodoro, se puede hacer en cápsulas y tabletas, aunque también es inyectable. Es la droga conocida como el viaje, afecta el cerebro los receptores de serotonina. El efecto empieza a los treinta o noventa minutos después de su ingestión y puede durar doce horas. Causa total pérdida de las acciones normales puede realizar acciones sobre humanas y sentirse sin control alguno. Las escenas retrospectivas pueden durar muchos años aunque no se vuelva a consumir. Otros efectos: sudores, pérdida de apetito, insomnio, boca seca, temblores, taquicardia, hipertermia, hta.

La Fenclidina (polvo de ángel) más peligroso y también muy extendido su uso en el mundo, provoca droga dependencia, es puro y blanco, se traga en cápsulas o tabletas, se esnifa o se inyecta. Se espolvorea o rocía sobre la marihuana, el tabaco o el perejil triturado y se fuma. Comienza el efecto de dos a cinco minutos después de ingerida y puede durar un máximo de seis horas.

Efectos Colaterales: motrices, el hablar, el andar, taquicardia, hipertensión, sudoración, visión borrosa, mareos, entumecimiento, nerviosismo, irritación, dificultad para concentrarse e impaciencia. El efecto más grave es estado de coma, convulsiones, fallo cardíaco, apoplejía, graves problemas mentales, crímenes violentos, hazañas sobre humanas, cambios de conductas inapropiados

COCAÍNA Y CRACK: Son alcaloides extraídos de la hoja de la coca, es un estimulante del sistema nervioso central que provoca euforia.

El Crack es una droga poderosa, es una forma de cocaína más barata y muy disponible que se presenta en pequeños trozos, con apariencia de jabón y se conoce vulgarmente como Perlica o Ferlopa. La cocaína se puede esnifar (aspirar), inyectar o fumar. Crea inmunización temporal o la tolerancia de los efectos de la cocaína muchos consumidores tienden a aumentar las dosis. Se mezcla con sustancias más baratas.

El Crack es el resultado de calentar la coca con levadura en polvo. Se fuma en pipa y es la forma de cocaína que causa más adicción. Produce psicosis paranoide (como ver hormigas, insectos o serpientes que corren por la piel), destruye las mucosas, inflama y agranda las vías respiratorias, estimula el sistema nervioso central, el cardiovascular y el respiratorio. La privación no produce abstinencia, a diferencia del alcohol y del opio, produciendo depresión si no se ingiere.

Sobre dosis: convulsiones y muerte.

La adicción a la misma produce psicosis grave.

Grandes dosis de cocaína produce sensación de gran tensión y un exceso de agitación; por eso los cocainómanos mezclan con morfina o heroína para reducir estos efectos, esta mezcla se llama SPEED

Drogas baratas, adictivas y asesinas:**TOLUENO:**

El tolueno y el xileno son compuestos potentes que se encuentran en muchas sustancias de uso industrial y doméstico. La intoxicación con tolueno y xileno puede ocurrir cuando alguien ingiere estas sustancias, inhala sus vapores o cuando dichas sustancias entran en contacto con la piel.

Dónde se encuentra

- Esmaltes para uñas
- Pegamentos/adhesivos
- Lacas
- Elevadores de octano en la gasolina
- Pinturas
- Disolventes de pintura
- Procesos de impresión y curtido del cuero
- Pegamentos de caucho y plástico
- Tintura para madera

Nota: es posible que esta lista no incluya todas las fuentes de tolueno/xileno.

Efectos Colaterales:

Ojos, oídos, nariz y garganta

- Visión borrosa
- dolor urente
- hipoacusia

Gastrointestinales

- pérdida del apetito
- náuseas
- vómitos

Cardiovasculares

- Latidos cardíacos irregulares

Riñones

- insuficiencia renal

Pulmones y vías respiratorias

- Neumonía química

- Respiración superficial rápida

Sistema nervioso

- Convulsiones
- mareos
- somnolencia
- sensación exagerada de bienestar (euforia)
- dolor de cabeza
- pérdida de la memoria
- nerviosismo
- temblores
- anomalías en la marcha
- pérdida de la memoria

Piel:

- piel reseca y agrietada
- piel pálida(19)

Paco Bazuco Crack

Se conoce como **Paco** a una droga de bajo costo elaborada a partir de los residuos de la cocaína (pasta base de cocaína)

Dependiendo del país donde se la consume recibe otros nombres como "Bazuco", "Crack", "Pasta Base", "Pasta", "Lata", "Tumba".

Es procesada con kerosene y ácido sulfúrico (ocasionalmente se utiliza cloroformo, éter o carbonato de potasio).

Su consumo es generalmente por vía respiratoria en pipas (generalmente caseras) o asociada a marihuana en forma de cigarrillo (marciano, bazuco, nevado).

Debido a su composición química, es altamente tóxica y adictiva.

Al ser un desecho químico de bajo costo se popularizó dentro de los jóvenes de clase baja pero en los últimos tiempos su consumo no discrimina situación socio-económica.

A los adictos de esta droga se los conoce popularmente por su apariencia física como *"muertos vivos"*.

El término crack es una onomatopeya que sugiere el ruido que hacen las piedras de esta droga al calentarse (por la ebullición del agua que contienen).

También recibe nombres vulgares entre los usuarios a esta droga, como rocas, chulas, piedras o rockstars, entre otros

Dado que el paco se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciéndole al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de buscar residuos de crack en cualquier parte; este efecto es conocido vulgarmente como "El mal del pollo" o "Puntosis" y se puede presentar en menos de diez segundos a partir de haber consumido la droga. Debido a la rapidez de los efectos, casi inmediatos, el "crack" se hizo muy popular en la década de los 80 Otra razón para su popularidad es que, como dijimos, no cuesta mucho, económicamente hablando, procesarlo ni adquirirlo. Sus efectos secundarios son muy similares a los de la cocaína, solamente que el riesgo de padecer alguno de ellos es mucho más alto por las mezclas de químicos y otras sustancias que contiene el paco.

Etapas al momento del consumo:

Los efectos que produce el consumo de pasta base se puede dividir en cuatro etapas:

1. Etapa de euforia

- Euforia.
- Disminución de inhibiciones.
- Sensación de placer.
- Éxtasis.
- Intensificación del estado de ánimo.
- Cambios en los niveles de atención.
- Hiper excitabilidad.
- Sensación de ser muy competente y capaz.
- Aceleración de los procesos de pensamiento.
- Disminución del hambre, el sueño y la fatiga.
- Aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo respiratorio.

2. Etapa de disforia

- Sensación de angustia, depresión e inseguridad.
- Deseo incontenible de seguir fumando.
- Tristeza.
- Apatía.
- Indiferencia sexual.

3. Etapa en que la persona empieza a consumir ininterrumpidamente cuando aún tiene dosis en la sangre para evitar la disforia.

4. Etapa de sicosis y alucinaciones

El consumo puede provocar psicosis o pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y durar semanas o meses. Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas.


Otros efectos físicos que se pueden observar por el consumo de Pasta Base de Cocaína son:

- Pérdida de peso.
- Palidez.

- Taquicardia.
- Insomnio.
- Verborrea.
- Midriasis (dilatación de las pupilas).
- Náuseas y/o vómitos.
- Sequedad de la boca.
- Temblor.
- Hipertensión arterial.
- Falta de coordinación.
- Dolor de cabeza.
- Mareos.
- Picazón.


QUE ES EL PACO

Es parte del residuo químico que queda en el proceso de producción de la cocaína. Se le suele agregar vidrio o virulana molida o polvos de limpieza para estirarlo.



COMO SE CONSUME

Se fuma solo o mezclado con tabaco o marihuana, o con ambos. Se usan pipas caseras o tubitos de metal. A veces, con un un filtro de virulana.



DAÑOS QUE PRODUCE LA ADICCION



Cerebro	Confusión, excitación psicomotriz, delirio, paranoia. Convulsiones y hasta derrame cerebral.
Vías respiratorias altas	Lesiones en boca y garganta.
Pulmones	Irritación de las mucosas, infecciones y neumonías. Enfisema pulmonar.
Corazón	Hipertensión, arritmia e infarto.
	Náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso.
Hígado	Hepatitis.

QUE PROVOCA AL FUMARLO

Sólo demora de 8 a 40 segundos en llegar al sistema nervioso central, donde produce un inmediato efecto de euforia que dura de 2 a 5 minutos.

El efecto se divide en cuatro etapas:

Euforia	1	Disminuyen las inhibiciones, sensación de placer y seguridad.
	↓	
Disforia	2	Aparece una sensación de angustia, depresión e inseguridad.
	↓	
Deseo de consumo	3	Necesidad de seguir fumando para salir del estado anterior.
	↓	
Psicosis y alucinaciones	4	Se da con el consumo regular. También paranoia y agresividad.

La **euforia** que siente el usuario al ingerir una dosis dura de 1 a 5 minutos, dependiendo de la cantidad y la calidad de la droga. Considerando lo anterior y la adicción a la misma, cuando un consumidor empieza fumando una dosis generalmente sigue hasta que se le agotan

sus recursos, volviendo repetidamente a la "boca de venta" a buscar más, cegado por las ansias de volver a fumar.

Durante la euforia, la persona parece atontada, se queda sin habla y se le abren los ojos más de lo normal. Luego de esta euforia pasajera todo lo demás es disforia y adicción o como se dice popularmente "fisura" o estar "doblado", "quebrado", la persona se vuelve seria y su único interés es seguir fumando a cualquier costo.

Los consumidores frecuentes de paco, especialmente aquellos con escasos recursos económicos, suelen cometer delitos, prostituirse o vender sus pertenencias -hasta las más básicas- para obtener más de esta droga.

El consumo de paco se realiza a través de pipas caseras (latas agujereadas, antenas de televisión, etc.), donde se mezcla el producto con viruta de metal y ceniza de cigarrillo de tabaco o virulana metálica a modo de filtro.

El gobierno de la Provincia de Buenos Aires indicó que el consumo intenso de paco **puede producir muerte cerebral** en al menos 6 meses.

El adicto al paco puede fumar por día, en promedio, 10 a 15 cigarrillos. El efecto de un cigarrillo de paco dura de dos a cinco minutos.

Efectos secundarios

- El ácido sulfúrico en el compuesto produce enfisema y cáncer pulmonar a mediano plazo.
- El kerosén disuelve el recubrimiento mielítico de los axones, impidiendo la transmisión de los impulsos eléctricos en las neuronas. A su vez, la combustión del kerosén genera monóxido de carbono, el cual substituye el oxígeno en los eritrocitos de la sangre.
- Expectoración de sangre o mucosa sanguinolenta del tracto respiratorio.
- Su consumo durante el embarazo produce mutaciones severas en el feto.
- Degradación progresiva de la piel.
- Debilitamiento de los músculos.
- Reducción acelerada del peso corporal (en algunos casos produce anorexia).
- Desgano e insomnio.
- Midriasis.
- Náuseas y vómitos.
- Hipertensión arterial.
- Migraña severa.
- Taquicardia.
- Frecuentemente produce ulceraciones en los labios y la cavidad bucal.
- Comportamiento errático y violento.

HIJOS DEL PACO

Tabla 2. Características clínicas en 100 recién nacidos hijos de consumidoras de pasta base de cocaína. SSMSO (1998)

Características	Porcentaje del total (n=100)
Hipoplasia medio facial	59
Surco nasolabial borrado	47
Blefarofimosis	41
Microcefalia	38
Labio superior fino	37
Síndrome convulsivo	14
Cardiopatía congénita	9
Apneas	8
Macrocefalia	3

ESTIMULANTES:**Marihuana:**

Planta de cannabis sativa se prepara con las hojas secas y parte superior de esta planta. Es la droga de sentirse bien o de llegar más alto. Puede llegar a una dependencia psicológica tan fuerte como la que provoca la cocaína. Las alucinaciones no son efectos secundario de esta droga pero con frecuencia es un síntoma de sobre dosis, se fuma se puede tomar por vía oral en las comidas o en las bebidas. Destruye el aparato respiratorio, ataca el sistema cardiovascular, disminuye el sistema inmunológico, produce una gran leucopenia.

Narcóticos:

El cultivo nacional de amapola de opio, o adormidera. Son hipnóticos o tranquilizantes. Los derivados más comunes incluyen el opio, la morfina, la codeína y la heroína.

Los tres primeros son en forma natural mientras que el último está hecho de morfina acetilada. Morfina y codeína se los utiliza como analgésicos. La heroína produce más adicción y daño psicológico que la morfina, la codeína es el más suave, son depresores del sistema nervioso central como en el control involuntario de los músculos, del sistema motriz y la coordinación. Una sobre dosis de cualquier narcótico ocasiona confusión, delirio, pérdida de fluidez verbal, estado de coma y muerte. El efecto a largo plazo es una dependencia física. En esta no siempre es acompañada de degradación hepática, renal o neurológica rotunda y observable, se manifiesta mediante invariables síntomas de abstinencia que incluyen graves dolores de cabeza, (que para calmarlos requieren fuertes dosis de narcóticos), convulsiones o temblores, fiebres y escalofríos, delirios, lo que hace que la heroína sea particularmente una terrible droga en su capacidad para crear adicción después de única dosis.

Los síntomas de abstinencia descriptos, pueden ocurrir después de la primera inclusión se lo conoce como, síndrome post adicción, puede durar varias semanas a meses con depresión ansiedad y anhelo. con frecuencia, durante este tiempo vuelven a caer en el consumo de droga.

el síndrome de abstinencia es tan fuerte que puede llegar a causar la muerte.

Metadona: (sintética análoga ala heroína) se utiliza para síndrome de abstinencia y de post-adición a la heroína. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

ALCOHOLISMO EN LA ADOLESCENCIA

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda que recibe, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países y en todas las edades a partir de la adolescencia.

La OMS define el alcoholismo como la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre (una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos). El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.

El alcoholismo afecta más a los varones adultos, pero está aumentando su incidencia entre las mujeres y los jóvenes. El consumo y los problemas derivados del alcohol están aumentando en todo Occidente desde 1980, incluyendo Estados Unidos, la Unión Europea y los antiguos países del este, así como en los países en vías de desarrollo.

El alcoholismo, a diferencia del simple consumo excesivo o irresponsable de alcohol, ha sido considerado en el pasado un síntoma de estrés social o psicológico, o un comportamiento aprendido e inadaptado. El alcoholismo ha pasado a ser definido recientemente, y quizá de forma más acertada, como una enfermedad compleja en sí, con todas sus consecuencias. Se desarrolla a lo largo de años. Los primeros síntomas, muy sutiles, incluyen la preocupación por la disponibilidad de alcohol, lo que influye poderosamente en la elección por parte del enfermo de sus amistades o actividades. El alcohol se está considerando cada vez más como una droga que modifica el estado de ánimo, y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso. La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y de otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios que produce el alcohol y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas. El alcohol domina sus pensamientos, emociones y acciones. La gravedad de esta enfermedad es influida por factores como la genética, la psicología, la cultura y el dolor físico. En nuestro medio la bebida forma parte de la actividad social y ha provocado una pérdida en cuanto a los controles culturales que antiguamente lo regulaban. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) esto se debe a una importante desinformación acerca del tema y el impacto de la publicidad desde los medios de comunicación que promueven el consumo de bebidas alcohólicas, sumado a esto hay muy pocos programas de educación preventiva para la formación básica que debiera formar los valores y actitudes de nuestros jóvenes.

Estudios realizados por especialistas revelan que una de las razones por las cuales los jóvenes consumen alcohol es la de formar parte de un grupo de pares, para sentirse más hombre o más mujer, o para demostrarle a los demás que están a su altura o por diversión.

Además, el mal trato de los menores puede llevar a los adolescentes a refugiarse en el alcohol como medida de escape y una forma de olvidar lo que está ocurriendo.

Según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), la edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares es de 13.6 años, y la edad media de inicio de consumo semanal se sitúa en los 14.9 años.

Las chicas registran mayor prevalencia de consumo de alcohol, aunque en cantidades menores. El 84.2% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión y el 43.9% consume al menos una vez a la semana. (9) (11)

¿Que dice la ciencia?

Un nuevo estudio realizado con roedores demuestra que un consumo habitual de alcohol en la adolescencia, conocido como una exposición crónica intermitente al etanol, puede alterar la función cerebral y tener consecuencias y efectos negativos a largo plazo.

"Hemos encontrado que una elevada ingesta de alcohol entre los adolescentes produce tolerancia al mismo, es decir, una disminución en la respuesta a esta droga debido a que el organismo se ha habituado a su consumo", explica Douglas B. Matthews, profesor de psicología en la Universidad de Memphis (Estados Unidos) y uno de los autores de la investigación con ratones, publicada en 'Alcoholism: Clinical & Experimental Research'. Así, Matthews señala que "un consumo exagerado de alcohol perjudica el crecimiento, generando un aumento de peso y altera el funcionamiento normal del hígado. Además se crea una tolerancia hipnótica y cognitiva a esta sustancia" (11)

EL TABAQUISMO Y LA ADOLESCENCIA:

El consumo de tabaco es prevalente en adolescentes escolarizados de la Capital Federal. Fumar cigarrillos parece ser un factor de riesgo muy importante en el consumo de alcohol y marihuana. La prevención del consumo del tabaco puede traer como beneficio adicional la prevención de otras adicciones

Entre los jóvenes de todas las edades, el tabaquismo es el comportamiento más común y el que con más probabilidades afecta la salud debido a su prevalencia

Al parecer, el factor más importante es el ejemplo de amigos y padres. Los adolescentes cuyos amigos y padres fuman, empiezan a fumar con más probabilidad que los que viven en un ambiente de no fumadores (03-06). En el estudio de Saskatchewan, se ha demostrado que las prohibiciones verbales de los padres tenían mucho menor efecto que su propio comportamiento.

Según la OMS las tasas de prevalencia del hábito de fumar cigarrillos comunes varía considerablemente entre niños y jóvenes, según la edad, sexo y nacionalidad.

La prevalencia de tabaquismo ha declinado con mayor rapidez entre varones que entre mujeres, de modo que la brecha de género en la prevalencia de tabaquismo se ha estrechado considerablemente. Es probable que esta diferencia continúe en disminución, porque las adolescentes están empezando a fumar a la misma tasa que los varones. Es probable que en el futuro esto contribuya a una carga mucho mayor de enfermedad cardiovascular y cáncer en mujeres

Los peligros para la salud planteados por el tabaquismo no se limitan a los que sufren los fumadores mismos. Los no fumadores pueden sufrir daño por exposición crónica al humo del tabaco en el ambiente. Están mejor documentados los riesgos para niños cuyos padres fuman. Tienen infecciones respiratorias más graves durante la lactancia y la niñez, más síntomas respiratorios, y mayor riesgo de otitis media crónica y asma que los hijos de no fumadores. (14)

CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS ANSIOLÍTICOS.

- Utilización principal como reductora o eliminadora de ansiedad, también como hipnótica, relajante muscular y anticonvulsivo.
 - Existen numerosa benzodiazepinas con perfiles terapéuticos distintos según características farmacocinéticas.
 - 20% de los pacientes tratados con bzd sufren efectos adversos no deseados (somnolencia y amnesia)
 - La vida media del fármaco se considera un factor muy importante en la selección de la bdz.
 - En general resultan eficaces para el manejo situacional de la ansiedad.
 - La farmacoterapia es el método " más popular".
 - Existe una oferta de fármacos " poderosos" para:
eliminar el dolor y el sufrimiento, obtener felicidad, vencer la timidez, mejorar el rendimiento (físico, laboral, intelectual, sexual...)
- Frecuentemente los cambios no se pueden lograr con el uso exclusivo de fármacos.
- Los fármacos no crean nuevas conductas, influyen sobre las existentes.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LAS BENZODIAZEPINAS BDZ.

Actuación sobre GABA (g-aminobutírico) presente en el 30% de las sinapsis cerebrales).

- Incrementan el efecto inhibitor del gaba:
 - incrementan la transmisión del gaba.
 - estimulan los receptores post del gaba.
- Ensayos clínicos con bdz muestran que estas son " algo mejores " que el placebo en el tratamiento de la ansiedad.
- Problemas:
 - dependencia psicobiológica.
 - elevado índice de recaídas 50-60%.
 - si no terapia + fármaco - vuelta a niveles iniciales.

Clasificación de las benzodiazepinas según su vida media.

LARGA: 40-200 h.

Clobazam.

Cloracepato dipotásico.

Clordiazepóxido.

Diazepam.

Flurazepam.

Medacepam.

Pinacepam.

Clotiazepam.

Pracepam.

INTERMEDIA: 20-40 h.

Bromazepam.

Flunitracepain.

Nitacepam.

CORTA: 5-20 h.

Alprazolam.

Lorinetacepam.

Loracepam.

Oxacepam.

Tepacepam.

ULTRACORTA: 1-1 5 h.

Brotizolam.

Nifidazolam.

Benzodiazepinas: efectos secundarios.

En general, los efectos secundarios de las benzodiazepinas no constituyen contraindicaciones a su uso. Dichos efectos suelen controlarse mediante la reducción de la dosis o terminación de la medicación. Muchas de las quejas menores pueden ser efectos secundarios no farmacológicos: quejas somáticas que los pacientes también experimentan con un placebo. Los efectos más llamativos son en relación a:

- 1) Memoria. Trastornos puntuales de la memoria de evocación que suelen presentarse al inicio de las tomas o cuando se lleva largo tiempo bajo tratamiento. Remite al seguir el tratamiento en el primer caso, y al reducirlo o suspenderlo en el segundo.
 - 2) Estado de vigilia. Que aparece cuando existe una sobredosis o toxicidad por alguna causa. Se debe a que la acción sedante se transforma en acción hipnótica. Remite al disminuir los efectos de la toxicidad.
 - 3) Rendimiento. La acción sobre la psicomotricidad se traduce por una disminución de la velocidad de realización debida a los efectos sedantes y miorelajante.
 - 4) Efectos paradójicos. Como se ha descrito, sería el efecto contrario al que se debería de esperar; puede manifestarse un estado de excitación psíquica y motriz, con o sin agresividad.
- (18)

El origen no es solo biológico sino también psicológico y social.

Los aspectos comunes entre las diferentes conductas adictivas:

1. La experiencia adictiva es inmediata, poderosa para cambiar el estado de ánimo.
2. El estrés, dolor, depresión, aburrimiento incrementan el riesgo de adicción.
3. La experiencia adictiva se relaciona con la Paradoja del Control.
5. En adicciones existe un elevado índice de recaídas 50 - 90%
- 6.- Muchos individuos superan las adicciones sin asistencia profesional. (10 - 30%)

Para los adictos:

Las drogas facilitan el escape y la evitación.

Las drogas facilitan socialización, estados de ánimo positivos, aumento de funciones cognitivas o creatividad.

Algunas conclusiones

No todo el que experimenta con drogas se hace adicto.

Existen bases predisponentes individuales, familiares y sociales que condicionan la posibilidad de una adicción.

La adicción es una de las formas en que puede exteriorizarse la actividad de la parte psicótica de la personalidad.

Toda adicción constituye una vía hacia la muerte, es decir una práctica suicida a corto o a largo plazo, dependiendo de una amplia gama de variables.

Todo adicto en forma consciente procura mediante técnicas psicopáticas no exentas de seducción histérica, conseguir "*feligreses*" para su grupo, a esta actividad Kalina la denomina *proselitismo* y a los que la realizan *mutantes*.

Estos viven huyendo de sus angustiantes y a veces horribles vivencias de vacío interior y soledad, para lo cual aprendieron en su contexto familiar y social que las drogas psicotóxicas son un instrumento para lograr este objetivo y que además le brindan una ilusión de identidad, generalmente grandiosa y hasta épica.

La droga no representa algo, sino es algo para el adicto. Estamos frente a una ecuación simbólica, es decir que están operando los niveles concretos del funcionamiento mental.

Esto significa que está en actividad la parte psicótica de la personalidad.

El adolescente al hacerse adicto adquiere una nueva identidad ya es alguien: "*un adicto*", y si logra en el contexto en que vive que se agreguen otros miembros a su causa, además de sentirse menos solo, podrá llegar al ideal inducido que "**ellos son el ser superior**".

Kalina señala que el proselitismo se ejerce mediante tácticas psicopáticas y/o seducción histérica pero afirma también con énfasis que la motivación profunda de esta actividad humana, que está más allá del miedo al vacío y a la soledad, es la envidia. El adicto sabe en su interior "*que vendió su alma al diablo*", pero necesita negarlo. "*Yo dejo cuando quiero*", "*lo hago por placer*", "*mi vida es mi vida y hago lo que quiero con ella*", etc.

Pero cayó en la esclavitud y esta percepción es trágica, no puede aceptarla, él que creyó burlar su castración está condenado a muerte, la máxima castración.

Pero, por su debilidad yoica no puede aceptar esta terrible verdad, y aquí surge la veta psicopática movilizadora por la envidia.

La necesidad de destruir valores morales en el otro es una necesidad psicopática que no se puede ignorar, y esto se ve claramente según Kalina, cuando un adicto deja de consumir e intenta construir un nuevo proyecto de vida. "

Los adictos pertenecientes a su grupo de amigos" rápida o lentamente intentarán sabotear sus logros, pues sino su esclavitud se les vuelve patética y en cambio intentan salvarse maniacamente realizando racionalizaciones como: "*mal de muchos, consuelo de tontos*", "*somos los adictos, los demás son los caretas*", etc.

Como hemos dicho anteriormente un adolescente por experimentar con drogas no se vuelve necesariamente adicto, existe una personalidad previa en la cual coexisten factores predisponentes que hacen que ciertas personas sean vulnerables al proselitismo del adicto.

Pero en un mundo en crisis como el que vivimos actualmente, estos factores predisponentes existen con una frecuencia abrumadora.

Prevención

Hay programas que dicen que hay que intentarlo, otros que dicen que lo último que hay que hacer es intentarlo, porque en la medida que lo hacemos rompemos todo contacto con la realidad y después es muy difícil restablecerlo.

La prevención estaría dada en poder modificar las condiciones, desarrollar un trabajo preventivo trabajando con todas las redes sociales

Es muy difícil clasificar los procesos adictivos por su grado de complejidad y diversidad, también por la problemática de identificar si la adicción es un síntoma o constituye una enfermedad central.

Tomando como referencia los factores dinámicos de la personalidad, nos permitiría ordenar las diferencias entre síntoma y enfermedad encontrando una base estructural común. Problemas conductuales del paciente drogadicto (orígenes psicodinámicos), y la estructura de su psiquismo nos presenta una comprensión más profunda y amplia que puede ser utilizada:

- para establecer el tipo de tratamiento
- para conocer y evaluar el pronóstico
- para ilustrar los métodos y oportunidades de los programas de prevención.

Hemos hablado de tener en cuenta los vínculos tempranos como condicionamientos de los problemas adictivos, podríamos dar una guía práctica general para la prevención y terapéutica clínica:

- necesidad de una correcta empatía entre padres y niño
- que los padres superen sus problemas narcisísticos
- que los padres posibiliten al niño la experiencia de sostén, protección física y afectiva a la posibilidad de experimentar frustraciones, límites graduales y adecuados a la fase de desarrollo que permitan y estimulen formación de estructuras
- la adaptación, la capacidad de tolerancia a la angustia y la frustración
- el reconocimiento del NO-YO y la renuncia a la omnipotencia infantil.

La orientación de los padres para la prevención en este sentido también apunta a evitar los mensajes contradictorios dado que cumplen un papel fundamental en la cura y prevención de sus hijos (principalmente adolescentes).

Para cumplir con la función de prevención es necesario informarse y formarse de las características clínicas, psicológicas y sociales de la drogadicción.

Las mejores posibilidades de prevención de muchos males sociales devienen de la estructuración de una sociedad sana donde el amor, los anhelos, el fervor, la lealtad no sean vanas palabras.

Tipos de Prevención

Los planes de prevención deberán tener en cuenta cuales son las influencias nocivas que proyecta la sociedad sobre la patógena del adicto y que influyen en la postergación de su curación.

Deben entenderse como:

1. Prevención primaria: Todo aquello que se efectúe con respecto a la macro comunidad en su conjunto, actuando antes que la drogadicción se manifieste. (EVITAR)
2. Prevención secundaria: Es la que trata de limitar la enfermedad ya declarada, asistiendo terapéuticamente al adicto. (TERAPEUTICO)
3. Prevención terciaria: Es la que trata de recuperar al máximo el potencial de la persona. (REHABILITACION)

También se puede clasificar a la prevención en:

1. Prevención específica: Es la que se relaciona directamente con el fenómeno.
2. Prevención inespecífica: Son las acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno.

Hay una interrelación permanente entre un tipo de prevención y otra. Como ejemplo podemos citar que en la medida que se esta trabajando sobre la reinserción social, se está haciendo también prevención primaria y secundaria.

Modelos de Prevención

Existen cuatro modelos tradicionales que toman en cuenta 3 elementos:

Lo hemos planteado dentro de las Causas de la Drogadicción (Pág. *) SUSTANCIA (droga), MEDIO y PERSONA.

Los cuatro modelos representan el marco conceptual que toma quien trabaja en acciones de prevención. Al mismo tiempo representa una determinada ideología, una forma de pensar la realidad. Por eso es importante determinar el enfoque del modelo seleccionado.

I. MODELO ÉTICO-JURÍDICO

Centra el análisis en **la substancia** (droga). La droga es la protagonista.

Clasifica a las drogas en: a.) legales, b.) ilegales

Para este modelo la droga es activa en si misma. La persona es la víctima y también el delincuente. Que es una contradicción en este modelo. La categoría social que toma sería la del vicio. Es una categoría moral y un delito.

En cuanto al medio social, se expresa en la ley con un criterio normativo. La norma señala la barrera que separa lo ilegal de lo legal, lo prohibido de lo permitido, lo bueno de lo malo en términos absolutos.

Toxicomanías es la palabra que mejor representa esta postura, ya que el criterio que utilizan para hablar de droga es: **tóxico**. Utilizado, aunque cada vez menos, en juzgados, policía, psiquiatría clásica.

Entonces aquí podemos identificar:

1. la prevención primaria estaría dada en la información de las sanciones (si la droga te atrapa vas a la cárcel) y en la eliminación del mercado de la droga.

1. la prevención secundaria estaría en la encarcelación (aislamiento-marginación) que sería el tratamiento para la posterior reinserción social .o sea, la prevención terciaria.

II. MODELO MÉDICO-SANITARIO

Como en el modelo anterior centra el análisis en **la substancia**. La droga es el agente que infecta a las personas.

Clasifica las drogas en a.) inocuas y b.) peligrosas.

Haciendo una comparación con la anterior, agregaría a las ilegales, como peligrosas al tabaco y alcohol.

Al considerar a la droga como activa en si misma, comparte con el modelo anterior el concepto de droga como flagelo. El flagelo que azota la humanidad, como en épocas anteriores fueron las plagas y pestes consideradas castigos divinos por los pecados de los hombres. La persona es el huésped en donde se aloja la droga.

El medio es el entorno en donde se trata de detectar la población vulnerable ante este agente peligroso, señalándose entonces los factores de riesgo.

Estos factores de riesgo son determinados grupos económicos, demográficos, sociales etc. Existe el peligro del contagio y se considera a la adicción como una enfermedad (la droga con su acción enferma a la persona).

Se toma el criterio de nocividad.

La prevención primaria estaría basada en la información y no en las sanciones como en el modelo anterior. Apunta más al daño que causa.

También creando programas sustitutivos. La prevención secundaria estaría dada por la internación (el tratamiento), que aísla y margina al sujeto para lograr la reinserción social (prevención terciaria).

III. MODELO PSICO-SOCIAL

En este modelo se traslada el protagonismo a **la persona**. No interesa el tipo de droga que se consume.

Este modelo centra su atención en el vínculo que tiene el individuo con la droga, para determinar si ese vínculo es de dependencia.

La adicción sería un síntoma individual. Considera también que el adicto es un enfermo, pero con la diferencia que la adicción no es una enfermedad. La enfermedad está en una situación estructurada tapada por la droga, generalmente en la familia o grupos de pertenencia.

La prevención primaria estaría en la información y formación de grupos de orientación, por ejemplo, para madres a fin de mejorar su comunicación con los hijos, para optimizar los vínculos familiares. La prevención secundaria sería la psicoterapia, que son acciones de prevención inespecíficas ligadas al campo de la salud mental.

IV. MODELO SOCIO-CULTURAL

Aquí el protagonista es el medio.

El origen del problema es el **medio** macro-social, la estructura social. Este marco social operaría sobre la persona como un estímulo de tensión y para aliviar esta tensión la persona recurriría a la droga como evasión por la realidad, sin considerar otros factores.

La adicción se considera un síntoma pero la diferencia radica en que aquí se lo toma como un síntoma social como algo que nos muestra que pasa en la sociedad.

La prevención primaria estaría dado por la modificación de las condiciones sociales, por ejemplo, que no haya desocupados. Son acciones de prevención inespecíficas que están ligadas al campo político.

MODELO ETICO-SOCIAL

Los anteriores modelos dan una lectura parcial del fenómeno que nos ocupa. Se generó la necesidad de contar con un modelo más abarcativo.

Los modelos tradicionales aparecen como analíticos, analizan el fenómeno pero se queda solo con una parte de él. Se paleteó la necesidad de un modelo de síntesis que no es una sumatoria de partes (de cada parte que toman los otros modelos), sino que toma en cuenta los aspectos parciales pero los sintetiza en una nueva producción.

Así surge este modelo en el cual el trabajo se hace a partir de dos ejes:

El *eje del tiempo libre* considerando tiempo libre al que apunta a tener un proyecto con sentido.

El adicto aparece sin proyectos. La acción preventiva debe facilitar la aparición de proyectos personales que van a encontrar sentido en un proyecto social.

El segundo eje es la participación.

Plantea una ética que puede surgir de este proyecto común, es una ética que puede admitir las diferencias, el disenso, no es la ética del modelo ético-jurídico basado en una categoría

absoluta (legal-ilegal, bueno-mala). Esto está ligado a una metodología que se diferencia de los otros modelos.

Los modelos tradicionales plantean:

Hay un EMISOR (alguien que sabe, por lo tanto tiene el saber, al tener el saber tiene el poder) que emite un MENSAJE a un RECEPTOR (alguien que no sabe, que pasivamente recibe lo que es propiedad de otro).

La metodología del modelo ético-social es la llamada metodología circular, en donde no se habla de transmisión de información.

El receptor no está en el lugar de no saber porque llega con una serie de información sobre el tema (buena o no). Es decir que existen contenidos. Estos contenidos muchas veces están arraigados en el prejuicio o en construcciones míticas como por ejemplo: ¿se considera droga agregar una aspirina a la bebida cola?

Se pretende que estos contenidos implícitos pasen a ser explícitos, que se los manifieste, que pueda preguntarse si es verdad lo de la mezcla mencionada.

En la medida que esto se explicita se va construyendo el mensaje que se constituye en mensaje común y puede constituirse en un proyecto (que podemos hacer todos para prevenir) y esto apunta al compromiso que es un tema de todos.

El instrumento de prevención no necesariamente puede ser la charla o el audiovisual. Estos son medios auxiliares pero no constituyen en si mismos una acción preventiva, por ejemplo una escuela solicita a especialistas una charla sobre prevención y una vez terminada dicen, bueno ya esta, ya terminó.

Esto solo sirve para cumplir con un objetivo inmediato pero no puede considerarse una medida de prevención.

La acción preventiva consiste en ir generando modificaciones en las actitudes, en las formas de relación, en poder tolerar las diferencias.

¿Legalizar o no legalizar?

Según Durkheim, en la sociedad antigua el hombre estaba determinado por sus antepasados, en la sociedad actual, el lugar de cada uno no esta prefijado de antemano (en el mejor de los casos ante cambios tan bruscos, el hombre se adapta, no se desestabilizan los valores, cuando esto no sucede el hombre cae en un estado de *ANOMIA* de perplejidad). Cuando los valores se pierden la vida no tiene sentido (suicidio). Esto último está exacerbado en el adicto (suicida a largo plazo), la falta de justicia de las sociedades modernas trae aparejado este sentimiento de anomia (perplejidad), con la consecuente desorganización social. Las religiones han sido desbordadas y las sectas absorben a los que andan por el mundo anómicos.

En nuestra sociedad consumista donde se premia el éxito y no el esfuerzo, el hombre pasa a ser otro bien de consumo. Su valor está determinado por el precio que obtiene por sus servicios, entonces su valor reside en el juicio externo. Así aún cuando satisface sus necesidades y en la medida en que satisface los deseos del afuera sigue sintiéndose vacío.

El adicto actualmente es considerado por nuestra sociedad como marginal (como categoría social). Cada sociedad tiene una particular visión de lo que considera dentro y fuera de ella. Tiene un marco de referencia interno conformado por todo lo que la sociedad acepta o incluye dentro de ella. Tiene una clase dirigente encargada de bajar las leyes o normas que regulan la convivencia y permiten alcanzar los ideales sociales.

Dada la ley o norma existen distanciamientos que suceden cuando la persona no puede llegar estos ideales sociales a través de la ley y cuando más se alejan de la norma más se acercan al punto de *MARGINALIDAD*, que se encuentra fuera del marco de referencia interno de la sociedad. Este punto de marginalidad se lo va a otorgar al *adicto* y a todos los que de alguna manera transgreden la norma.

La particularidad del adicto es que ese punto de marginalidad es buscado por el adicto mismo, ya que él busca *evadirse* y a esto se lo denomina *marginalidad sumante*.

A menudo nos encontramos con personas que rompen con este cuerpo social, que constituyen un emergente enfermo que trata de convertirse en el nuevo núcleo que aglutina a los demás y considera enfermo al núcleo del que salió.

Actualmente se ve al consumo como una búsqueda de *inclusión* en la sociedad, así que ya no hablaríamos de marginalidad sino de inclusión. Nuestra sociedad acepta sustancias como tabaco y alcohol y a las demás las margina (no se ve de la misma forma a un alcohólico que a un cocainómano). Antiguamente el adicto significaba una forma de protesta a la sociedad en la que habitaba, ahora lo hace para poder sobrevivir en la sociedad exigente, hiper competitiva y consumista en la que está inmerso y de la que no puede salir.

Características de la legislación argentina, algunos antecedentes y la actual

Arranca en 1921 con la Ley 11309 que penaba el suministro de sustancias medicinales en cantidad o cantidad distinta a la prevista (receta médica).

En 1968 la ley 17567 pena con prisión de 1 a 4 años al que traficara ilegalmente estupefacientes.

En 1974 la ley 20771 quizás la más importante, pena con prisión de 1 a 6 años más multa, la tenencia de sustancias psicoactivas, estupefacientes, aunque la tuvieren para consumo personal. (Es criticada por contradecir el Art. 19 de la Constitución).

En 1979 para salvar la controversia la Corte Suprema a través de una acordada establece que "...no es violativo de la garantía establecida por el Art. 19 de la Constitución la represión de la tenencia de estupefacientes aunque estuviera destinada para uso personal..." El criterio jurídico y legal ve al adicto como un vicioso y/o un delincuente.

En 1986 la Corte Suprema determina que la tenencia para consumo personal no es delito volviendo al Art. 19 de la Constitución como garantía.

Por último en 1989 la Ley 23737 actualmente vigente, incrimina la tenencia pero atenúa la pena cuando por su escasa cantidad es inequívoca que está destinada a consumo personal

Así llegamos a opiniones de profesionales de distintas disciplinas que se encuentran divididas en cuanto a la *LEGALIZACION / NO LEGALIZACION* de las adicciones.

Distintos autores han fundamentado sus opiniones en favor o en contra. Tomaremos para nuestro trabajo las posturas de Fernando Savater (Ética como amor propio), Eduardo Kalina (La familia del Adicto y otros temas) y Alejandro C. Molina (La drogadicción y el sistema jurídico).

Savater hace un planteamiento que lo explicita a través de 10 tesis.

La primera refiere que todas las sociedades han conocido y utilizado drogas en forma abundante, a veces ligada a rituales religiosos. Las han adorado y en muchas ocasiones han abusados de ellas. Hoy nuestra cultura como todas las demás, conoce, utiliza y busca drogas. La segunda defiende que el derecho jurídico de habeas corpus (libertad de uso del cuerpo) hay que extenderlo a todos los actos del individuo, incluso al que lo lleve a su propia destrucción.

El tercero hace referencia a que prohibir la droga en la sociedad democrática es tan injusto como prohibir la pornografía, la heterodoxia religiosa o política. Es decir que lo que daña es la prohibición.

La cuarta dice que lo peligroso es la adulteración, la falta de información y por lo tanto no estar preparados para manejarlas.

La quinta al defender su postura dice que las drogas pueden ser tan peligrosas como el alpinismo, el automovilismo o la minería, el exceso sexual, la credulidad política y la guerra. La sexta se pregunta porque prohibir el placer, los drogadictos que quieren abandonar su manía deben ser ayudados por la sociedad, tal como el que desea divorciarse o cambiar de religión. Para justificar ese costo que debe soportar la sociedad hace la comparación con los accidentes de trabajo que se producen y representan costos sociales y sin embargo nadie se le ocurriría prohibir el trabajo.

La séptima dice que ninguna droga es en si misma un mal sino que puede llegar a serlo por las circunstancias de su uso. Por eso, no se la puede comparar con el crimen, la violación o el secuestro que tienen como objetivo dañar al otro. La despenalización de las drogas debe ser lo más internacional posible para ser eficaz. De hacerlo uno solo le traería aparejado dificultades.

En la octava, Savater hace una dura crítica al Estado en su falta de preocupación por el tema, diciendo que pareciera que la sociedad actual es políticamente drogadependiente, pues no sabría prescindir de este chivo expiatorio. La mayoría de las drogas no matan a nadie y muchas suprimen muchísimos más dolores de los que producen. Las que matan, matan mucho más por la adulteración o las circunstancias clandestinas de su empleo (ignorancia de dosis, jeringas contaminadas, etc.)

La novena hace referencia a la incidencia entre los jóvenes, sobre todo aquellos más desfavorecidos socialmente y la razón de su extensión es el resultado de la prohibición misma. Los males juveniles no son producidos por la droga, sino son los efectos de una determinada situación social.

La décima y última menciona que se asegura que la droga es la degradación moral de la población. Hace referencia a "El haschisch, el amor y el vino pueden dar lugar a lo mejor o lo peor" todo depende del uso que hagamos de ellos. De modo que no es la abstinencia lo que debemos enseñar sino el autodomínio.

Eduardo Kalina tiene una postura opuesta a Savater, diciendo que este tema ha perdido seriedad ya que su difusión como *hábito recreativo* y debido a los poderosos intereses económicos que los sustentan tanto en su producción como en la comercialización, han despertado el interés de los políticos que lo utilizan durante sus campañas, para hacer promesas ante un público desesperado, que necesita ayuda y orientación.

Liga íntimamente la droga con la problemática del SIDA, lo que remite a una visión catastrófica de fin de la humanidad. Por eso se acrecienta la esperanza que los gobiernos nos salven de esta maldición. Kalina hace alusión a la improvisación de los que legislan, que no toman en cuenta las relaciones existentes con la violencia, la delincuencia, respecto a la producción ilícita como a la comercialización ilícita y a las mafias operando en medio de estos polos del espectro comercial, además de los robos, los asesinatos y los asaltos. Ante este tema central surge la idea adaptativa acerca de la legalización de la droga y adoptarla como una solución final para acabar con la violencia y la delincuencia que son producto de la ilegalidad.

Kalina dice que se insinúa que una *ley* cambiará el significado biológico de los efectos destructivos que ocasionan en el ser humano, tanto en el área biológica como en la psicosocial. Las drogas que se pretenden legalizar: marihuana, heroína, cocaína, anfetaminas, etc. tienen efectos directos sobre la biología humana, como lo siguen teniendo las drogas socializadas, a pesar de la magia de la ley. Para Kalina la prohibición del uso de drogas psicotóxicas es necesaria y funciona en muchos países, pero para que sea realmente efectiva el conjunto de leyes restrictivas deben ser acompañadas con *profundos cambios ideológicos* y por lo tanto *socio-políticos-económicos*. Cuba, Japón y otros países han logrado éxitos.

La pandemia de la drogadicción está directamente ligada a la deshumanización creciente, a la robotización en un mundo centrado en la carrera armamentista, que constituye el negocio más grande del mundo, le siguen la droga y el petróleo.

Cuestiona el concepto de libertad, se penaliza el tráfico pero no la tenencia para uso personal. Parece increíble que la gente no se cuestione como la *elección* de una *esclavitud-dependencia a las drogas* tan denigrante a la condición humana, pueda tener otros orígenes que el "simple albedrío" o libertad individual del hombre.

También intervienen otras motivaciones en procura de las drogas, que responden a un conjunto de pactos perversos que culminan en el *pacto criminoso* de la familia y/o sociedad. El adicto es todo lo contrario de su ser libre. Es el prototipo del sometido.

La legalización transformará en empresarios a los que hoy son traficantes. Por último conceder la legitimidad a esta moderna versión de la esclavitud, es una claudicación inaceptable, para aquellos que como Kalina, tienen una ética humanística, que significa un profundo amor por la naturaleza, por los seres vivos y todo lo que la ciencia y la tecnología aportan a la vida. Para enfrentar al narcotráfico, además de recurrir a todo el arsenal legal se debe trabajar sobre lo que denomina *la demanda*. Este criterio mira hacia la prevención, es decir las condiciones históricas psicosocioeconómicas que favorecen el desarrollo de *la oferta* y de los oferentes. El enfoque debe ser sistémico y no unilateral, buscando un proyecto de vida, lo cual significa humanizarnos creando vínculos solidarios.

Molina habla del cambio producido en nuestro país en los últimos años en que paso de ser país de tránsito a país afectado. No toma al drogadicto como un individuo aislado sino como un individuo inmerso en la sociedad. Con la que convive por su propia naturaleza humana, la cual no admite conductas que no solo ponen en peligro a quienes las ejecutan sino que llegan a ofender al orden y a la moral pública.

Debe haber un ordenamiento jurídico claro para definir la situación del drogadicto y de la drogadicción en general. Considera que el círculo del consumo, tráfico y producción de las drogas prohibidas deben ser consideradas por el régimen jurídico. La ley debe ser aplicada con vigor con resultados inmediatos y mediatos. Los primeros se refieren a expulsar a los traficantes y consumidores de las calles y los barrios a los cuales están destruyendo e intentar dar tratamiento o ayuda a quienes quizá no los busquen por cuenta propia, y los segundos se refieren a que la comunidad verifique que no existe el uso inocente de las drogas. De esta manera hay una actividad pedagógica y también de prevención. Establecer claramente que es lo lícito o lo ilícito para que el hombre común sepa que es lo prohibido y lo permitido en esta materia. La ilicitud de la conducta del adicto no debe atacarse exclusivamente desde un sistema represivo que se apoye en penas privativas de la libertad, sino que además debe hacerse con medidas alternativas que incluyan tratamientos familiares e individuales y disposiciones tutelares especialmente para menores de edad que se ejecutarán en los diversos ámbitos donde éstos desarrollen sus actividades, muy especialmente en el área de la educación.

Molina hace una crítica al sistema judicial y a la falta de recursos humanos y de servicios adecuados para atender al drogadicto.

Ejemplos de Proyectos de Prevención

Programación Global de la Prevención y la Asistencia en las Tóxico dependencias

La prevención y la asistencia deben partir de tres conceptos básicos:

- La región
- La red de servicios preventivos y asistenciales
- Las zonas críticas

1. LA REGION

Permite la federalización de los recursos disponibles que se implementarán según las necesidades de cada región.

El país se halla dividido en seis regiones a saber:

- a) Capital Federal y Buenos Aires
- b) Centro: Córdoba y Santa Fe
- c) Norte-Este: Entre Ríos, Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa
- d) Norte-Oeste: Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero
- e) Nuevo Cuyo: La Rioja, San Luis, San Juan y Mendoza

f) Sur: La Pampa Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

2. LA RED

Permite la instrumentación orgánica de los recursos educativos, institucionales, barriales, zonales, sanitarios públicos y privados, con la finalidad de proteger a las poblaciones no afectadas por el consumo de drogas, lícitas e ilícitas, y también a reducir el consumo en las poblaciones afectadas y brindarles el auxilio terapéutico estructurado. El principio fundamental en que se basa la red es la organización de los recursos.

La red preventiva debe tener cuatro niveles de inserción:

- **EDUCACION:** La educación preventiva debe distinguir entre grupos de mayor y menor riesgo. Es decir identificar y diferenciar las dos realidades para permitir un mejor abordaje.
- **MUNICIPIOS - BARRIOS:** El municipio es la célula política de contención primaria, donde los distintos representantes de la comunidad (docentes, padres, políticos, religiosos, jóvenes) se unen para organizar acciones preventivas.
- **EMPRESARIOS/TRABAJADORES (SINDICATOS):** El ambiente empresarial y laboral deben estar presentes en el plan preventivo, ya que la cultura del trabajo tiene en el alcohol y la droga su mayor enemigo. Jubilaciones por incapacidad, ausentismo, accidentes de trabajo, trastornos familiares y violencia.
- **ORGANIZACIONES DEPORTIVAS:** El deporte planificado se convierte en un elemento de contención, en un elemento que ayuda al desarrollo de la socialización y al desarrollo ético. Lo importante es captar, a través de torneos deportivos, clínicas deportivas, escuelas de fútbol, etc. a aquella población de niños y jóvenes que no recibe por distintos motivos educación formal.

La red asistencial debe partir del CENTRO PREVENTIVO ASISTENCIAL que es el primer módulo de acción terapéutica. Trabaja con el experimentador o el abusador habitual de drogas, implementando una serie de acciones destinadas a estudiar el marco familiar y mejorando la calidad de vida individual, familiar y social del paciente. Se utilizarán herramientas operativas como las psicoterapias individuales, familiares y grupales, así como grupos educativos, reflexivos de confrontación de conductas.

La red tiene luego en el CENTRO DE DESINTOXICACION la siguiente unidad de complejidad asistencial. Cumple también una tarea educativa y de orientación al paciente para que pueda continuar otra etapa de tratamiento. Este centro asistencial está basado en el síndrome de abstinencia. Son los Hospitales Nacionales, Provinciales o Municipales los encargados de contener estos centros, debiendo existir por lo menos uno por cada región.

Otro nivel de complejidad pasa por organizar la estructuración de comunidades terapéuticas que deben tener tres tipos de modalidades:

- Comunidades Terapéuticas profesionales
- Comunidades Terapéuticas socio-pedagógicas
- Comunidades de Vida

El último eslabón de la red asistencial es el CENTRO DE REINTEGRACION SOCIAL cuya función central será posibilitar el acceso a la vida comunitaria, a través de un aprendizaje social, educativo y laboral, luego del proceso de rehabilitación.

3. ZONAS CRÍTICAS

Son aquellos lugares dentro de la región que tienen preeminencia de: consumo de drogas, niveles de delincuencia juvenil altos, aumento considerable de portadores asintomáticos del SIDA, grados de desorganización familiar, etc.

Estos conceptos fueron tomados para confeccionar un modelo asistencial preventivo hacia 1990 bajo la dirección de la Secretaría de Estado de Desarrollo Humano y Familia y la asesoría técnica de la Secretaría de Estado de Coordinación y Programación de la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

Proyecto Curricular

El proyecto curricular sobre prevención trasciende el marco institucional. De esta forma, con la intervención de todos, es posible enfrentar el flagelo de la droga, en la que el adolescente es la persona en riesgo.

Intenta brindar conciencia social, aumentar la autoestima y lucha contra el marketing y la publicidad. Sostiene que conociendo a fondo el problema, se pueden plantear soluciones. Estas soluciones pueden aplicarse en forma organizada y operativa para evaluar los resultados obtenidos.

Dentro de los contenidos de la EGB, determinan el tratamiento del tema drogas.

Posteriormente se desarrolla una política preventiva que abarque los siguientes puntos

1. Aplicación de un programa para:
 1. *Adquisición de conocimientos:* Brindar información al alumno.
 2. *Competencia social:* Construir en el alumno habilidades sociales como forma de prevención.
 3. *Esfuerzo sostenido:* sistematización y continuidad del programa.
 4. *Interacción con los compañeros:* Influencia positiva o negativa con los pares.
 5. *Lazos con la realidad social:* prestar atención a los alumnos alejados de la realidad social.
2. *Compromiso de los padres:* Realización de tareas conjuntas, brindar información, mejorar la comunicación y/o conflictos familiares.
3. *Capacitación:* Del docente, utilizando metodologías especiales y procedimientos afectivos.
4. *Colaboración:* Entre instituciones, comunidades, expertos, empresas, entidades gubernamentales y servicios comunitarios.
5. *Culturalmente importante:* Adaptado a diversidad de culturas.
6. *Evaluación:* Continua acerca de relaciones, toma de decisiones, autoestima, comunicación, responsabilidad, conciencia sobre drogas y alcohol, etc.
7. *Valores:* Solidaridad, disciplina, responsabilidad, honestidad, respeto, compromiso familiar.

8. *Comunidad:* Orientar al alumno en conocer situaciones de riesgo, para disminuir su vulnerabilidad.(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

AUDITORIA DE GESTION

Organismo/institución auditado:

**Secretaría de Programación para la
Prevención de la Drogadicción y la Lucha
contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR.) Objetivo de la
auditoría:**

Auditoría de Gestión Organismo auditor: Auditoría General de la Nación

Período analizado: 2005/2007

Año en que se realizó: 2007

**Año y norma aprobatoria
del Informe:**

05/02/2009 Resolución 4 - AGN

DF2009/2009_004.pdf

OBJETIVO

La AGN efectuó una auditoría en la en este informe se analiza la gestión de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR.) a fin de analizar la gestión de la Secretaría. Evaluando el grado de alcance de sus objetivos institucionales.

Los objetivos de la SE.DRO.NAR., se pueden sintetizar de la siguiente manera:

1. Elaborar y aplicar estrategias y acciones para la prevención de la drogadicción.
2. Elaborar los planes y programas de acción conjunta para el control de precursores y sustancias químicas utilizables para la producción de drogas ilícitas, el uso indebido de sustancias lícitas o su desvío para el mercado de drogas ilícitas.
3. Programar el "Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadicción y de Control del tráfico ilícito de Drogas" promoviendo el desarrollo de planes y programas de carácter nacional.
4. Intervenir en la elaboración de proyectos legislativos, en la promoción de estudios técnicos y sociales y en la formación de recursos humanos especializados.
5. Implementar el cumplimiento de los tratados internacionales vinculados con su cometido.
6. Coordinar las actividades y programas de prevención, asistencia, investigación, docencia y formación de recursos humanos a nivel nacional, provincial y comunal y asesorar a las autoridades competentes en las distintas jurisdicciones.

El equipo de auditoría señala que el alcance del trabajo se ha visto limitado debido a que la Prefectura Naval Argentina y la Policía Federal Argentina, no han presentado la información solicitada por notas cursadas el 30/8/07, relativa a datos estadísticos de cada fuerza en la lucha contra el tráfico ilícito de drogas -especialmente cantidad de procedimientos efectuados, de sustancias incautadas y de secuestros efectuados desde el año 2002 al presente- y a los convenios firmados con fuerzas de países limítrofes vinculados al control sobre tráfico de drogas. Lo requerido en dichas notas fue solicitado también -por su indicación- al Ministerio del Interior, quien no ha brindado la

información aludida.

SÍNTESIS

De las tareas realizadas en el ámbito de la SE.DRO.NAR., se concluye en lo siguiente:

_ La heterogeneidad en la conformación de las oficinas de drogas provinciales y de sus respectivos representantes ante el Consejo Federal para la Prevención y Asistencia de las Adicciones y Control del Narcotráfico (CO.FE.DRO.) torna dificultoso el accionar en conjunto de los niveles nacionales, provinciales y municipales, sumado al hecho que aproximadamente el 50% de las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no cuentan con Planes Provinciales de Drogas y Observatorio Provincial de Drogas.

Respecto de la situación existente en las distintas jurisdicciones, se ha informado lo siguiente:

- Existen 11 provincias incluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que no cuentan con Planes Provinciales de Drogas.

- Existen 14 provincias incluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que no han conformado un Observatorio Provincial de Drogas.

- La configuración de las diferentes formas institucionales de las oficinas de drogas provinciales muestra diferentes modalidades institucionales: Secretarías, Subsecretarías, Direcciones Provinciales o Planes Provinciales, o bien, profesionales designados por los delegados provinciales ante el CO.FE.DRO., con bajo nivel de vinculación institucional a algún área del gobierno provincial como las anteriormente descritas.

Señala el informe que el CO.FE.DRO. tiene, entre otras funciones, contribuir al desarrollo de un sistema federal para la concertación de políticas, planes y programas destinados a la prevención y asistencia y la lucha contra el narcotráfico, respetando las características culturales de cada lugar y favorecer la organización de un Plan Nacional de Prevención, Asistencia, Capacitación e Investigación, promoviendo la creación de los organismos provinciales de coordinación entre las distintas áreas que posean competencia.

_ No existe una actuación coordinada entre la SE.DRO.NAR. y el Ministerio del Interior para el cumplimiento de las estrategias y acciones del Plan en el ámbito de la Reducción de Oferta de drogas (Lucha contra el Narcotráfico), debido a que las fuerzas de seguridad nacionales dependientes -al momento de la realización de las tareas de auditoría- del Ministerio del Interior, no participan del Plan Nacional de Capacitación (en materia de control del tráfico ilícito de drogas y delitos conexos), ni tampoco informan sobre los procedimientos por infracción a la Ley de Estupefacientes al Sistema Federal de Información, cuya responsabilidad se encuentra a cargo de la SE.DRO.NAR.

_ No resulta posible vincular acabadamente los recursos asignados en los presupuestos acordados, con las acciones que debe desarrollar la SE.DRO.NAR. en el marco del Plan Nacional contra las Drogas 2005-2007.

_ Los programas de prevención desarrollados por la SE.DRO.NAR., durante los años 2005 y 2006, cuentan con un escaso nivel de cobertura en el orden nacional. La cobertura de los programas de prevención, según la información suministrada es la siguiente:

a) En el ámbito educativo, la cobertura nacional es de 0,21% de la población escolarizada nacional en la franja etárea que cubre el programa (10 a 14 años).

b) En el ámbito juvenil se alcanza una cobertura nacional del 0,013% de la población joven argentina en la franja etárea que cubre el programa (18 a 25 años).

c) En lo comunitario, la cobertura es del 0,16% sobre la población general nacional.

d) La cobertura en el ámbito penitenciario es del 4,5% considerando los agentes capacitados del Servicio Penitenciario Federal.

e) En el ámbito laboral, la cobertura nacional es del 0,12% sobre el total de instituciones registradas del ámbito laboral.

_ No se han diseñado programas preventivos sobre el uso indebido de drogas, dirigidos a las siguientes poblaciones objetivos:

_Problemática de los niños y las niñas en situación de calle.

_Nivel educativo secundario (edades 15 a 17 años).

_Nivel educativo terciario o universitario.

_Comunidades pertenecientes a zonas de frontera.

_Población aborígen.

_ Respecto del nivel educativo secundario, de la Segunda Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2005 sobre el consumo de sustancias psicoactivas de la población escolarizada entre 13 y 17 años de todo el país, surge que un 70,1% de los alumnos, no recibieron (43,2%) o recibieron una sola vez (26,9%), cursos de prevención del consumo de drogas.

_ Falta de actualización del Registro Nacional de Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales que prestan servicios en materia de Drogadependencia. Teniendo en cuenta que el registro es de carácter obligatorio, se observa lo siguiente:

_No se encuentra ningún Organismo Gubernamental registrado.

_El registro de los Organismos no Gubernamentales es parcial, dado que no está conformado por la totalidad de Instituciones que prestan servicios en el Área de Drogadependencia a nivel nacional.

_ Se ha verificado, respecto del período auditado, que no se cuenta con la totalidad de los datos a nivel país, sobre los siguientes aspectos:

a) Demandas de tratamiento.

b) Programas de tratamientos disponibles.

c) Tratamientos realizados.

d) Lista de espera de personas que demandan tratamientos.

_ El alcance del control que practica el Registro Nacional de Precursores Químicos (RENPRE) sobre los "Informes Trimestres" presentados por las empresas inscriptas en el Registro, resulta insuficiente debido a que es realizado solamente por dos personas que tienen a su cargo un universo sujeto a control conformado por más de 6.000 empresas, según datos suministrados al cierre del primer trimestre del 2007. A su vez, los controles se realizan en base a la experiencia de análisis e investigación de las personas que los efectúan, careciendo de lineamientos formales que objetivicen su realización.

El RENPRE tiene como función principal supervisar el manejo de precursores químicos susceptibles de ser desviados para la elaboración ilícita de estupefacientes y psicotrópicos en la República Argentina. Esta fiscalización se hace manteniendo un registro del uso, producción y transacciones que diferentes organizaciones (personas físicas y jurídicas) realizan, incluyendo las exportaciones e importaciones.

_ El Grupo Control de Desvíos, encargado de las tareas relativas a la fiscalización y control de sustancias químicas controladas en el ámbito de la SE.DRO.NAR. está conformado solamente por cuatro personas. El perfil profesional está compuesto por dos abogados, una empleada administrativa y un personal de la Policía Federal Argentina que deben realizar las inspecciones en todo el territorio del país.

Ninguno de los miembros del grupo de control forma parte de la planta permanente ni transitoria de la SE.DRO.NAR., resultando que tres de ellos revisten el carácter de empleados administrativos del Ente Cooperador Ley 25.363 (AICACyP) y la última es personal de la Sección Seguridad SE.DRO.NAR. de la Policía Federal Argentina.

_ La falta de reglamentación de la Ley N° 26.0451 (BO 7/7/05) por parte del Poder Ejecutivo Nacional -que debió dictarse a los sesenta días de publicación de dicha ley- trae las siguientes

consecuencias:

_ Impide aplicar las multas establecidas en el artículo 14 inciso c), en el que se prevé "Multa de diez mil pesos (\$ 10.000) a un millón de pesos (\$ 1.000.000)" para los casos de:

1) La Ley N° 26.045, creó en el ámbito de la SE.DRO.NAR. el *Registro Nacional de Precursores Químicos*, previsto en el artículo 44 de la Ley N° 23.737.

Incumplimiento total o parcial de las obligaciones

Establecidas en la ley o en sus reglamentaciones, pudiendo destinarse los recursos percibidos en dicho concepto, únicamente, a solventar el funcionamiento del Registro Nacional, el cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley N° 26.045, las medidas de seguridad curativa y educativa y el tratamiento establecido en la Ley N° 23.737.

_ No permite contar -entre otros aspectos- con la regulación de los procedimientos en materia de interdicción y decomiso de sustancias químicas controladas.

_ La SE.DRO.NAR. no cuenta con información estadística centralizada y completa sobre los procedimientos por infracción a la Ley de Estupefacientes, dado que desde el segundo trimestre del año 2006 las fuerzas de seguridad nacionales, dependientes al momento de la realización de las tareas de auditoría del Ministerio del Interior (Policía Federal Argentina, Policía de Seguridad Aeroportuaria, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval

Argentina) dejaron de remitirle al mencionado Sistema todos aquellos datos útiles para realizar periódicos diagnósticos situacionales, elaboración de estadísticas, evaluación de programas y suministrar información a los organismos internacionales especializados.

A partir de esa fecha, la base de datos de la SE.DRO.NAR. dispone únicamente de información proveniente de las fuerzas policiales provinciales y de la Aduana. (14)

OBJETIVO:

Determinar las características de los adolescentes violentos y su situación con antecedentes personales, familiares y del entorno en adolescentes relacionados al consejo nacional del menor y la familia.

Material y Métodos:

Se definió como adolescente violento a aquel que participó en peleas (agresión física) en el último año, con el uso de golpes objetos punzantes, cortante y/o uso de armas que causó lesiones a sí mismo y/o a otros

Población:

71 adolescentes sexo masculino, dependencia del Consejo Nacional de Minoridad. La muestra considerada, no refleja un valor estadístico en razón de que el tiempo de ingreso y/o permanencia de los menores fluctúa por factores exógenos relacionados con la causa del ingreso, siendo probable la variación desde un día a años. Período examinado desde enero a setiembre 2009.

Instrumento Utilizado:

Dos fichas epidemiológicas que incluyeron el registro de estado psíquico y físico actual, antecedentes personales, familiares y el entorno.

El 100 % de esta población presenta conductas violentas, asociadas con conductas disociales, consumo de tabaco, marihuana, cocaína, sedantes y con características depresivas.

El diagnóstico psiquiátrico de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades habla de psicosis, trastornos obsesivos, fobias (social, agorafobias y fobias específicas), trastornos afectivos (depresión, hipomanía, psiclotimia), trastornos de conductas disociales y disocial desafiante. (17)

METODOLOGIA DE TRABAJO:

La atención médica es diaria. Al ingreso de menores se efectúa un examen clínico, control y seguimiento de distintas patologías, atención de traumatismos por agresiones
Derivación a especialidades.

Egreso de Menores.

En cuanto a la medicación es provista por el plan REMEDIAR, 100 % gratuidad. Se rige por un vademecum, en cada receta se constata nombre y apellido del menor, peso, sexo, D.N.I., si tiene hijos, fecha, nombre de la Institución, dirección y localidad de la misma, tipo de patología, con el código correspondiente, tipo de medicación, monodrogas con código y cantidad solicitada, firma y sello del profesional y firma del menor.

Los estudios complementarios como laboratorio y/o ecografías están a cargo de organismos pertenecientes a la Institución, el resto de estudios de alta complejidad se realizan en

Hospitales Públicos, estos también son los encargados de resolver el tema de interconsultas con distintas especialidades con turnos previamente acordados.

Los tratamientos odontológicos, kinésicos, psicológicos y/o psiquiátricos son resueltos dentro del Instituto.

El surgimiento del concepto de resiliencia: un avance hacia la racionalidad de las intervenciones psicosociales

Desde un enfoque interdisciplinario, basado fundamentalmente en la observación de las diferencias conductuales, que muestran los distintos seres humanos enfrentados a situaciones aparentemente similares, surge interés por conocer el origen de dichas especificidades.

El concepto de resiliencia alude a las diferencias individuales que manifiestan las personas entre sí, al estar enfrentadas a situaciones de riesgo. En consecuencia, reviste importancia conocer las especificidades que han manifestado los seres humanos que viviendo en situaciones adversas, han logrado un nivel "adecuado" o "normal" de desarrollo; estas personas han sido denominadas resilientes.

La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos, presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

La situación de estrés y dolor en la cual se crían los niños y niñas de la pobreza, los vuelve

especialmente proclives a problemas de salud física y mental; así como, a problemas conductuales y de aprendizaje. En síntesis, ellos están más expuestos que sus pares de otros grupos sociales a situaciones dolorosas, tanto internas como externas; convirtiéndolos esto último en más vulnerables.

En relación al concepto de resiliencia, importante resulta destacar que tiene elementos en común con conceptos afines, tales como, "coping", robustez (hardiness) e invulnerabilidad.

Sin embargo, a diferencia de los conceptos mencionados, la resiliencia supone un estado de sensibilidad de parte de las personas frente a estímulos dolorosos o adversos, que actuarían vulnerándola. A la vez, que una reacción activa de construcción positiva y de una forma socialmente aceptable. De allí, que los componentes básicos que constituyen el concepto de resiliencia son: vulnerabilidad, resistencia, construcción positiva y aceptación social.

Los modelos conceptuales que están a la base de estos términos intentan, a diferencia de aquellos basados en la enfermedad y riesgo explicar la naturaleza y la causa de los desarrollos

exitosos. Asimismo, el conocimiento y comprensión de las razones por las cuales algunas personas no resultan dañadas por la deprivación. (20 al 53)

CONCLUSION FINAL:

A lo largo de toda la monografía, hemos trabajado sobre adolescencia en riesgo y resiliencia, llámese a esta a la capacidad de reacción que pueden tener los adolescentes cuando están expuestos a situaciones difíciles y/o agresiones. Estos, muchas veces, logran sobrepasar niveles de resistencia y terminan con más energía protectora que antes de la exposición a situaciones adversas. Es una capacidad de recuperación que llevándolo al terreno de la física, es la propiedad de los cuerpos elásticos de recobrar su forma original, liberando energía cuando son sometidos a una fuerza extrema. Sería algo así como la capacidad de rebote. Es un concepto opuesto al de riesgo o complementario de él.

Como así, los factores que han influido en los adolescentes para llegar a estas instancias como la estructura y ambiente familiar con sus particulares características (padres presentes o ausentes), la comunicación familiar (cantidad y calidad), crisis en la edad adulta (en los padres y sus manejos), conflictos familiares (violencia, abuso sexual), ejemplo de hábitos familiares (drogas, alcoholismo, delincuencia), situación económica familiar relacionada con el abandono de principios y una visión ambigua ajustada a intereses mezquinos donde se promueve la tolerancia a la corrupción con una justicia mediatizada.

Doble cara social para juzgar la conducta de adolescentes.

Prolongación del período de educación formal, aunado a la situación de oportunidades educacionales y laborales escasas que prolongan la dependencia económica.

Valores sociales que promueven el dinero, placer, satisfacción inmediata, prepotencia del poder, etc. por encima de la justicia, lealtad, honestidad, principios morales y religiosos. Facilidad de comunicación, viajes y turismo para una determinada clase adolescente.

Medios de comunicación social con la promoción de violencia, sexo, ideales negativos, consumismo y utilización de jóvenes con su imagen de salud, belleza y energía, para promocionar drogas (alcohol, cigarrillos, etc.).

Expansión del comercio de drogas a nivel mundial.

Explosiones de violencia social: determinadas por la situación económica- social y donde los adolescentes son protagonistas.

Situación de alto índice de pobreza: que es el terreno donde germina la prostitución, delincuencia y la violencia social.

Dado que las características del Instituto sobre el cual se ha realizado el presente estudio, es de un centro de "paso" hasta la designación de un centro definitivo de detención o su vuelta al "hogar", según corresponda, no hay un seguimiento a largo plazo de estos menores y mucho menos una intervención o ingerencia positiva para lograr la reinserción de los mismos en la sociedad (capacitación, inserción laboral, etc.).

Entonces... En qué debemos trabajar? En tratar que un adolescente sea miembro de un sistema familiar y social (funcional o disfuncional) que lo condicione (no determine) en su proceso de sociabilización, permitiéndole incorporar valores como creencias,

modalidades afectivas y cognitivas a partir de las cuales va a construir su subjetividad. Debemos eliminar todos los perjuicios graves para su salud, como el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, el suicidio, los accidentes, la delincuencia, la violencia, enfermedades de transmisión sexual, fugas del hogar, episodios depresivos. Debemos corregir la sensación de invulnerabilidad que los hace sentir inmunes que es un sentimiento que los lleva a creerse diferentes del resto y mejores que los demás; sintiéndose especiales, “a mi no me va a pasar nada”

Algunas perspectivas de trabajo para contención de lo expuesto anteriormente podrían basarse en los siguientes puntos:

- 1) Fomento de servicios de atención integral del adolescente donde se atiendan y comprendan sus diferentes problemas en el orden bio-psico- social.
- 2) Capacitación adecuada del equipo de salud, que se logre hacer un abordaje individual y comunitario ajustado a las necesidades de los adolescentes en riesgo.
- 3) Compromiso de las Instituciones para brindar orientación y oportunidades que ameritan a los adolescentes en situación social especial.
- 4) Promover la orientación y educación en áreas que fomenten la autoestima, comunicación adecuada, resistencia a presión grupal, toma adecuada de decisiones.
- 5) Trabajar en otras áreas de interés para los adolescentes, como ser: juicio crítico, sensibilidad, afectividad, plan de vida, educación, valores morales y espirituales.
- 6) Dirigir acciones que favorezcan la participación activa de los propios adolescentes en la responsabilidad de cuidar su propia salud y la de otros miembros de su familia y/o de la sociedad.
- 7) Sustentar todas las estrategias de la prevención continua, representada por la cadena de prevención primordial primaria, secundaria y terciaria.

Finalmente, concluyendo podemos decir que cada uno de nosotros los comprometidos con la atención del adolescente, dentro de la individualidad de nuestro trabajo, puede contribuir en un grado significativo a mejorar sus perspectivas de un futuro mejor y una adultez sana y equilibrada.

Bibliografía

- 1) Aberastury A; Knobel M. La adolescencia Normal
- 2) Behr, Hans-Georg- La Droga, potencia mundial
- 3) Kalina, Eduardo- La familia del Adicto y otros temas, Adolescencia y drogadicción, De la práctica a la teoría.
- 4) Musacchio de Zan, Amelia; Ortiz, Alfredo; Frágola, Alejandro Molina C. y otros- Drogadicción
- 5) Newman, Elías- La Sociedad de la droga
- 6) Savater, Fernando- Ética como amor propio
- 7) Yaría, Juan A- Toxico dependencias: Asistencia y Prevención
- 8) www.zonapediátrica.com - Alcohol y Drogadicción en la adolescencia
- 9) Trabajo y Sociedad In, agaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades YsegmEntadas N° 3, Vol.: I, Agost-Oct. 2000, Artículos Diario Clarín Buenos Aires.
- 10) Foundations save The Child Pen, NG.
- 11) Blogs clarín, punto de vista.
- 12) www.claramente.com- Alcoholismo en la adolescencia
- 13) www.fac.org.ar/cvirtual/cvirtesp/c.paterno.htm
- 14) www.agn.gov.ar/informes/informesP
- 15) www.lanacion.com.ar
- 16) www.larepublica.com.uy
- 17) Instituto de minoridad “Roca”
- 18) www.perso.wanado.es/amiorte_nic/apunt_psicolog_salud_8.htm
- 19) www.medlineplusenciclopedy
- 20) Estado del arte en resiliencia
- 21) Osborn, Albert F. (1990), Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged
- 22) children. Early Child Development and Care, vol. 62, pp. 23-47.
- 23) Osborn, Albert F. (1993). What is the value of the concept of resilience for policy and intervention?
- 24) International Catholic Child Bureau. Gran Bretaña.
- 25) Osborn, A. F.; Butler, N. R. & Morris, A. C. (1992). The social life of Britain's five-year-olds: A report of
- 26) the Child Health and Education Study. Routledge & Kegan Paul. Gran Bretaña.
- 27) Radke-Yarrow, Marian y Sherman, Tracy (1992). Hard growing: children who survive En: Risk and protective
- 28) factors in the development of psychopathology (1992). Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cichhetti, Dante;
- 29) Nuechterisin, Keith H. y Weintraub, Sheldon (eds.) Cambridge University Press. Cambridge, G. Bretaña

- 30) Richters, John y Weintaub, Sheldon (1992). Beyond disthesis: toward an understanding of high-risk environments
- 31) En: Risk and protective factors in the development of psychopathology (1992). Rolf, Jon;
- 32) Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. Y Weintraub, Sheldon (eds). Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 33) University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 34) Roth, David L.; Wiebe, Deborah J.; Fillingim, Roger B. Y Shay, Kathleen A. (1989). Life events, fitness, hardiness and health: a simultaneous analysis of proposed stress-resistance effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 57, n.1, pp. 136-142.
- 35) Rutter, Michael (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, vol. 22, n.4, pp. 323-356.
- 36) Rutter, Michael (1985a). Family and school influences on behavioural development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 22, n.3, pp. 349-368.
- 37) Rutter, Michael (1985b). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol.147, pp. 598-611.
- 38) R u t t e r, Michael (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n.3, pp. 316-329.
- 39) Rutter, Michael (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, n.8, pp. 626-631.
- 40) Rutter, Michael y Madge N. (1976). Cycles of disadvantage. Heinemann Educational Books. Kingston, Gran Bretaña.
- 41) Rutter, Michael & Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- 42) Sameroff, Arnold J. Y Seifer, Ronald (1992). Early contributors to developmental risk En: Risk and protective factors in the development of Psychopathology (1992). Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. Y Weintraub, Shedon (eds.).Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 43) Rutter, Michael y Madge N. (1976). Cycles of disadvantage. Heinemann Educational Books. Kingston, Gran Bretaña.
- 44) Rutter, Michael & Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- 45) Sameroff, Arnold J. Y Seifer, Ronald (1992). Early contributors to developmental risk En: Risk and protective factors in the development of Psychopathology (1992). Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. Y Weintraub, Shedon (eds.).Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 46) Rutter, Michael y Madge N. (1976). Cycles of disadvantage. Heinemann Educational Books. Kingston, Gran Bretaña.
- 47) Rutter, Michael & Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- 48) Sameroff, Arnold J. Y Seifer, Ronald (1992). Early contributors to developmental risk En: Risk and protective factors in the development of Psychopathology (1992). Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. Y Weintraub, Shedon (eds.).Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 49) Rutter, Michael y Madge N. (1976). Cycles of disadvantage. Heinemann Educational Books. Kingston, Gran Bretaña.
- 50) Rutter, Michael & Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- 51) Sameroff, Arnold J. Y Seifer, Ronald (1992). Early contributors to developmental risk En: Risk and protective factors in the development of Psychopathology (1992). Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. Y Weintraub, Shedon (eds.).Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 52) Rutter, Michael y Madge N. (1976). Cycles of disadvantage. Heinemann Educational Books. Kingston, Gran Bretaña.
- 53) Rutter, Michael & Rutter, Marjorie (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Penguin Books, Gran Bretaña.
- 54) Sameroff, Arnold J. Y Seifer, Ronald (1992). Early contributors to developmental risk En: Risk and protective factors in the development of Psychopathology (1992). Rolf, Jon; Masten, Ann S.; Cicchetti, Dante; Nuechterlein, Keith H. Y Weintraub, Shedon (eds.).Cambridge University Press. Cambridge, Gran Bretaña.
- 55) Scarr, Sandra (1985). Constructing psychology: making facts and fables for our times. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 57, n.3, pp. 316-329.

- 56) Psychologist, vol.40, n.5, pp. 499-512.
- 57) Sobstad, Norway (1995). Child resilience and religion in relation to humour theory and practice.
- 58) International Catholic Child Bureau; Ginebra, Suiza.
- 59) Stress and coping as predictors of young children's development and psychological adjustment.