

PROGRAMA ANDRESInternación: (6 a 8 meses).Preinserción: (una semana).Reinserción: (un año).

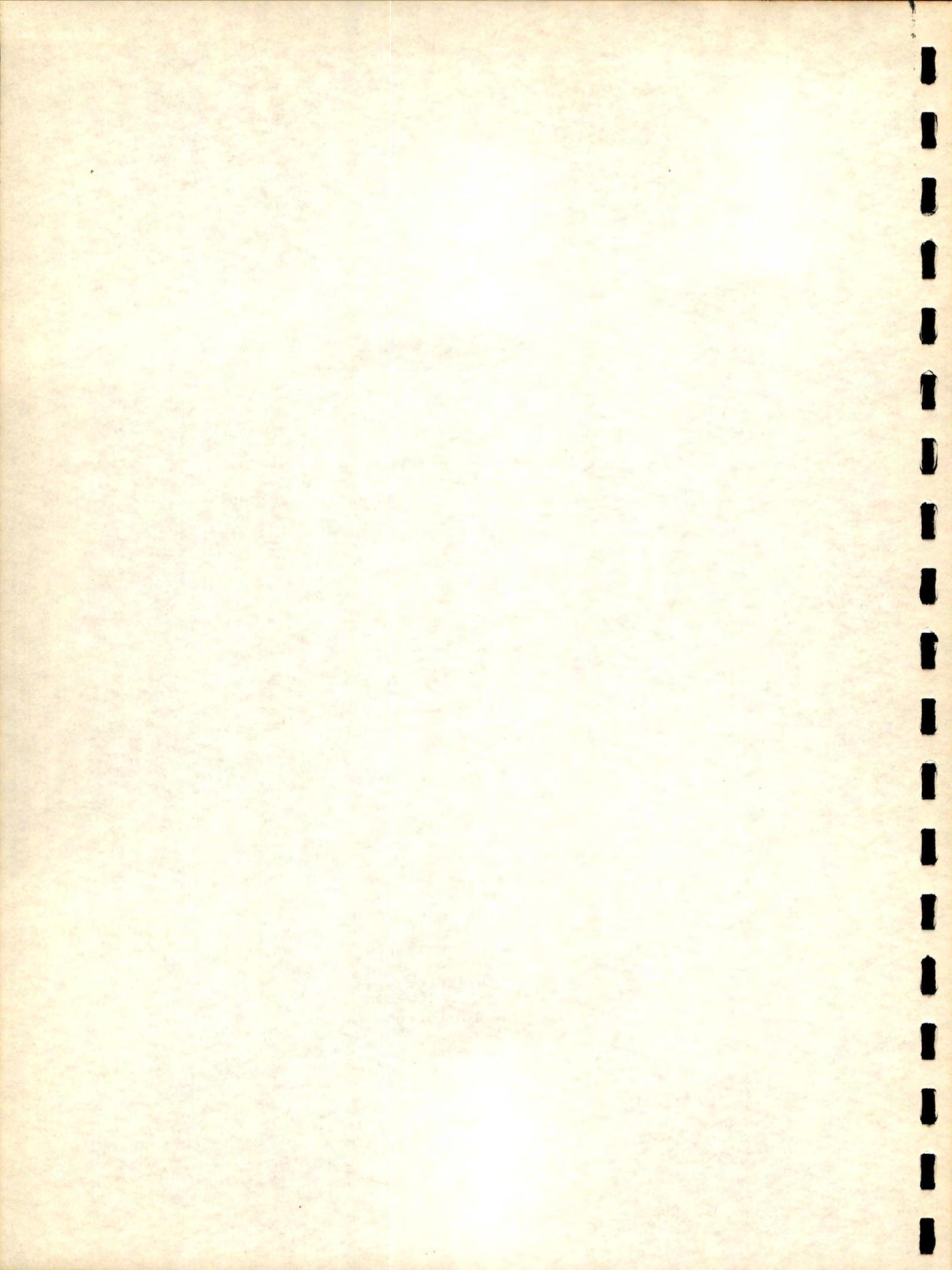
Existen las mismas prohibiciones en relación al consumo, la tenencia de dinero, documentos, agenda, las relaciones sexuales.

Las salidas y el contacto con el exterior están reglamentadas.

Las actividades están planificadas estrictamente con horarios.

Programa de un día

<u>HORARIO</u>	<u>MIÉRCOLES</u>
7:30 hs.	Levantarse
8:00 hs.	Desayuno
8:30 hs.	Diario: recortes
9:00 hs.	Matinal
10:00 hs.	Trabajos
12:00 hs.	Almuerzo
13:00 hs.	Reunión espiritual
14:00 hs.	Grupo estático
15:30 hs.	Evaluación
16:30 hs.	Comunicación
17:00 hs.	Trabajo
18:30 hs.	Socialización
19:30 hs.	Aseo personal

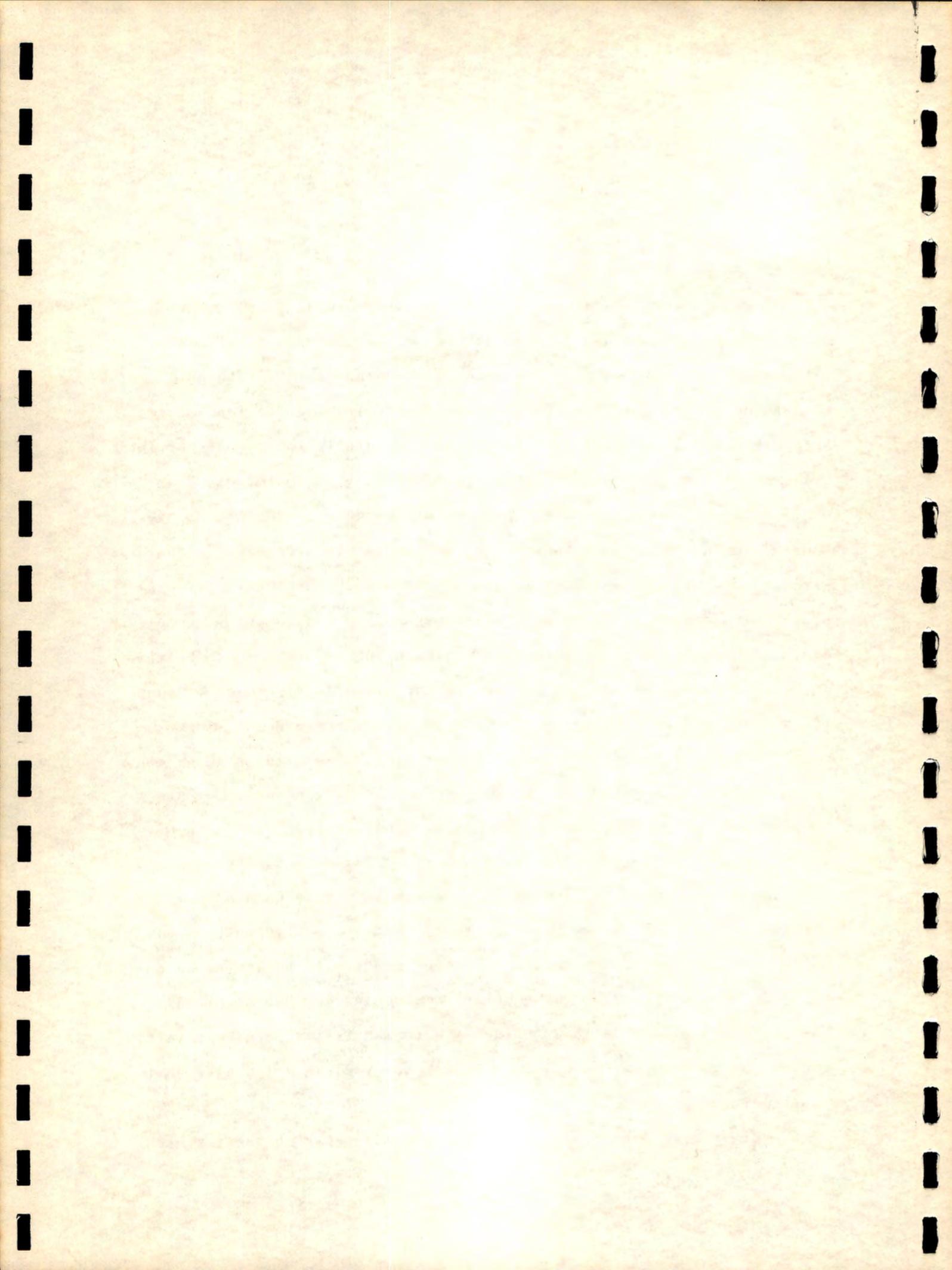


20:25 hs.	Cena
21:30 hs.	Levantar la mesa
22:30 hs.	Dormir

A través de los esquemas pautados en etapas a lo largo del tratamiento, las prohibiciones, la graduación de los premios (salidas) o la organización de un día, y a pesar de la gran variabilidad en los tiempos de duración de las mismas y sin una lógica que las fundamente; es posible ver que el objetivo fundamental es disciplinar, entrenar las vidas de los internados: sus cuerpos, pensamientos y sentimientos.

En algunos aspectos las reglamentaciones de este régimen no presentan ninguna diferencia en lo estructural con el carcelario, e inclusive las palabras y los actos son los mismos: INCOMUNICACION, por ejemplo, o el hecho de despojar de efectos personales (documentos, papeles, dinero) que coincide con la primer medida a que es sometido un detenido. Este abordaje plantea de entrada la necesidad de arrebatar la identidad del residente. Despojarlo de sus relaciones personales, marcos de referencia, lugar de vivienda y los conflictos suscitados en su contexto social, es reducir su ser como persona al "ser adicto". De este modo se produce un reforzamiento de esta identificación, que en la persona que abusa de drogas viene a sustituir, a tapar, a ocultar aquello que justamente debiera enfrentarse. La nueva identidad pasa a ser: "no ser adicto" pero el sujeto queda oscilando entre dos alternativas que no implican resolver los conflictos que originaron la adicción. De este modo puede explicarse que aquellos residentes que han atravesado las distintas etapas de la Comunidad y estarían listas para "egresar", encuentran un rol profesional como ex-adictos y pasan a trabajar en la institución.

Ser ex-adicto es (para esta concepción) tener un saber sobre



las drogas. Nuevamente se vislumbra que para este modelo lo central es la droga, es el qué y no el quién ni el por qué.

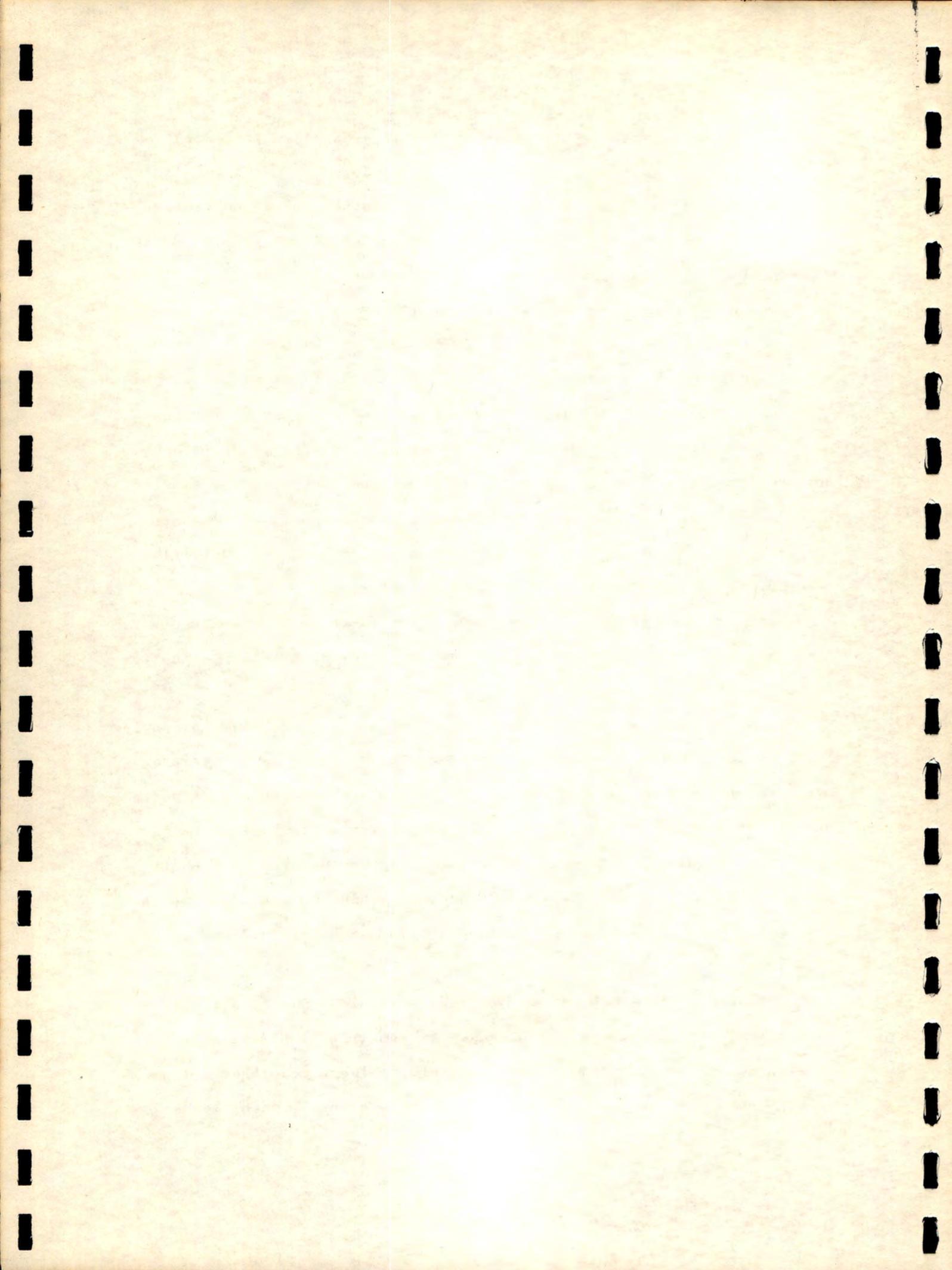
El ex-adicto tiene una autoridad casi mística porque ha vencido a "la droga" que en esta modalidad de abordaje es activa y tiene poder mágico. Por otra parte cabría preguntarse si consolidar una identidad en torno a algo que uno fue pero "que ya no es" no es una nueva forma de dependencia.

El sistema de premios y castigos incorporado a las distintas etapas, hará que el paciente ingrese como "trabajador", pase a "responsable", "supervisor", "coordinador" y "anciano" (según el proyecto HOMO desarrollado en Italia). Esta sucesión de etapas conforman una especie de alegoría de la promoción social, que la propia institución construye, califica, premia o castiga lo que denota cierta concepción de la estructura de la sociedad y las clases sociales.

El hecho de emplear medidas coercitivas tiende a provocar crisis en el paciente; que éste puede o no puede resolver al existir una contención terapéutica.

En este modelo subyace una concepción de que el ser humano "desviado", "adicto" puede ser sometido a experimentos dentro de situaciones artificiales y reproducidas a semejanza de la sociedad en esta especie de "laboratorio" que constituye la Comunidad Terapéutica, la idea es que tras el entrenamiento que promueve el régimen de premios y castigos se va obteniendo gradualmente la conducta deseada. En ocasiones se usan carteles, que los pacientes que han cometido alguna falta deben colgarse, aludiendo al error cometido.

Es claro el sentido rotulador y etiquetante y que en definitiva promueve y refuerza la exclusión a que es sometido el paciente en la medida que es llamado "drogadicto" primero, y luego aceptando voluntariamente estigmas que lo identifiquen por sus errores, "debilidades"

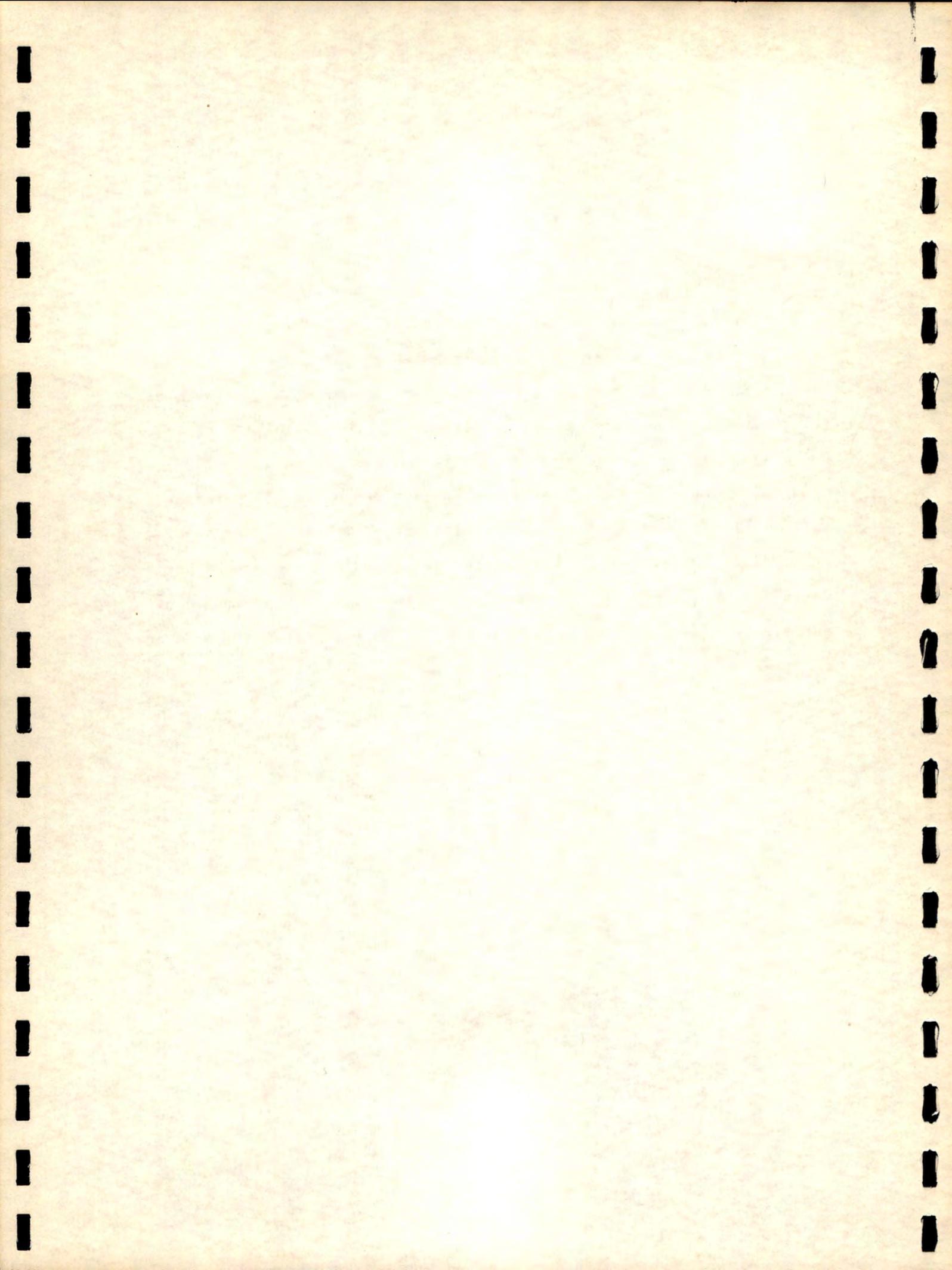


o "defectos".

El tratamiento se transforma en una transmisión de valores. En la medida que el trabajo está centrado en una comunidad cerrada, artificial, el proceso es ahistórico y asocial por lo que a pesar de plantearse a través de técnicas grupales, es altamente individualizado.

En relación a las estadísticas para evaluar los resultados, el proyecto HOMBRE de Italia ofrece las siguientes cifras:

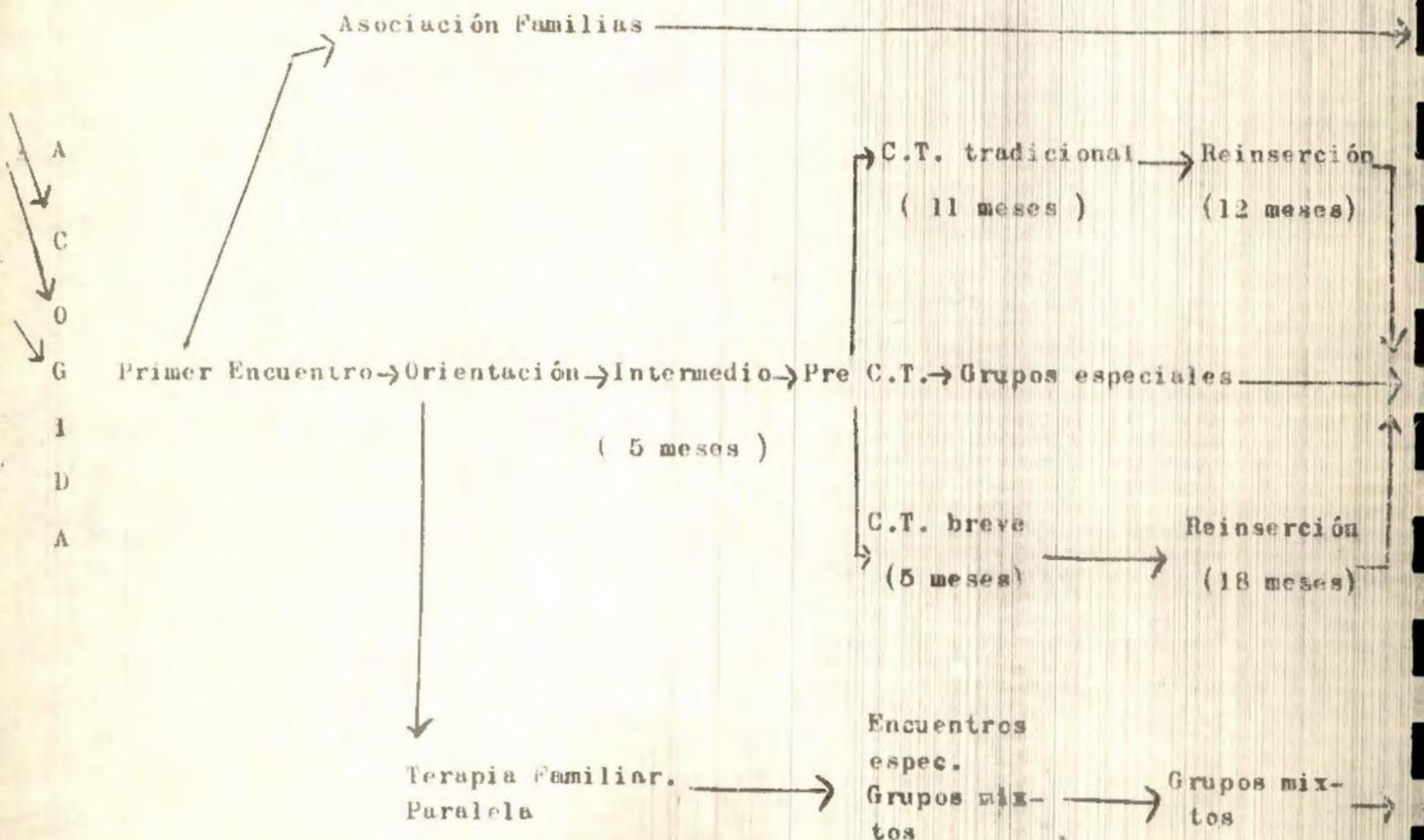
"Tomando algún indicador que pueda ser comparado con otros modelos, observamos que por ejemplo, la dificultad en la retención de los consultantes al programa reitera características conocidas en otros medios: el mayor número de deserciones aparece después de la primera consulta (alrededor del 40%) y va disminuyendo a medida que se avanza en el programa, lográndose los índices más altos de retención a partir de la fase comunidad terapéutica. Como cifra aproximada podemos decir que concluyen el programa alrededor del 35% de las personas que se acerca a él ".

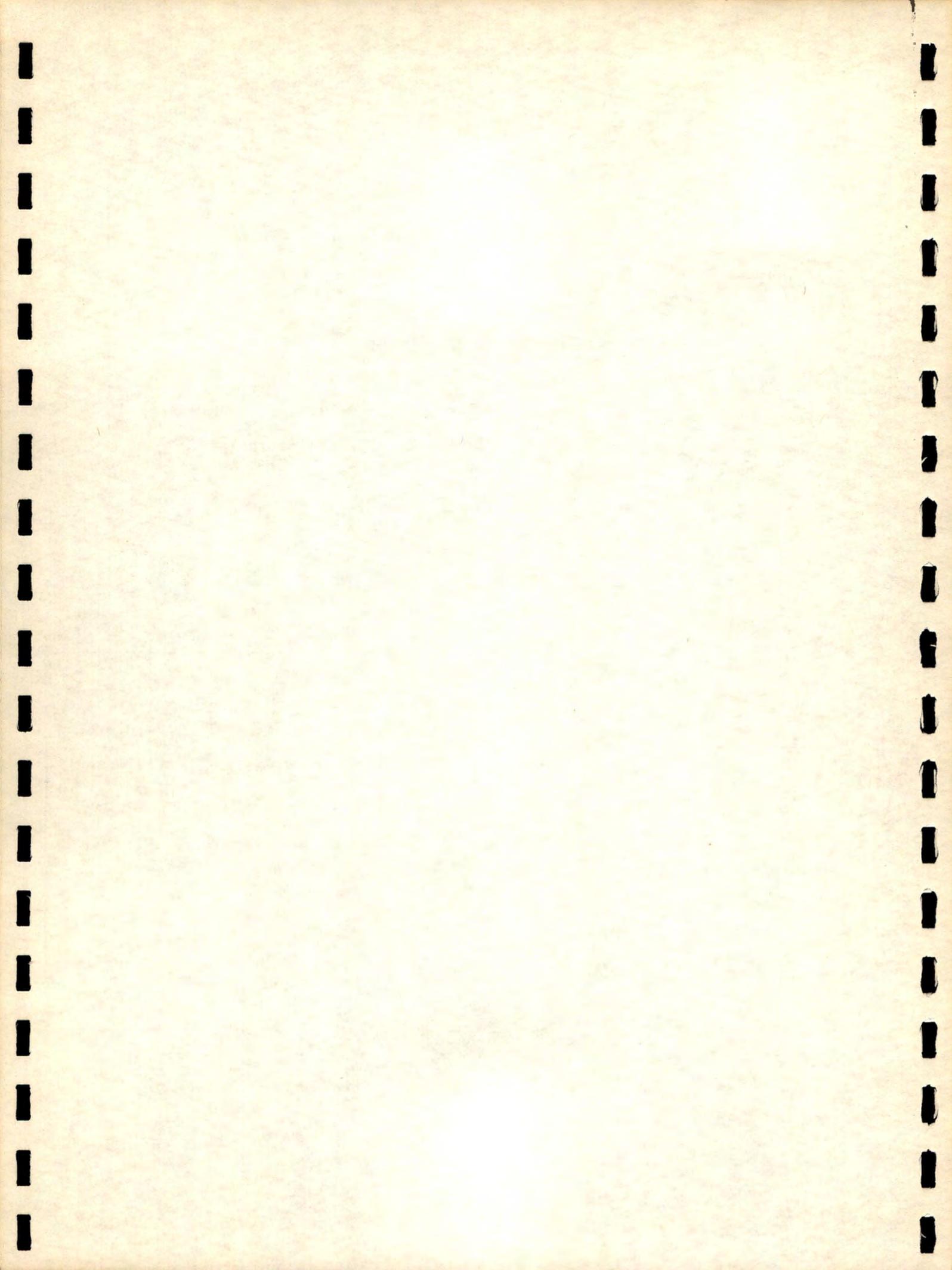


"PROYECTO HOMBRE" ITALIA

Las propuestas de Comunidad Terapéutica analizadas anteriormente, fundamentalmente la versión argentina de "Proyecto Andrés", se organiza siguiendo el modelo de "PROYECTO HOMBRE".

Se ofrece aquí un esquema de la organización estructural de la institución. En cuanto a su fundamentación, reconoce la misma que se ha brindado al comparar las Comunidades Terapéuticas de distintos países, ya que esta versión italiana es líder en este tipo de alternativa.





CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL MEXICO

Frente a la consideración de que el problema de la farmacodependencia en México había adquirido proporciones epidémicas y se había transformado en un problema de Salud Pública; un grupo de la comunidad funda en 1970 una institución privada de tratamiento ambulatorio, prevención y rehabilitación de jóvenes afectados por el uso indebido de drogas. En el año 1981 existían ya 32 centros.

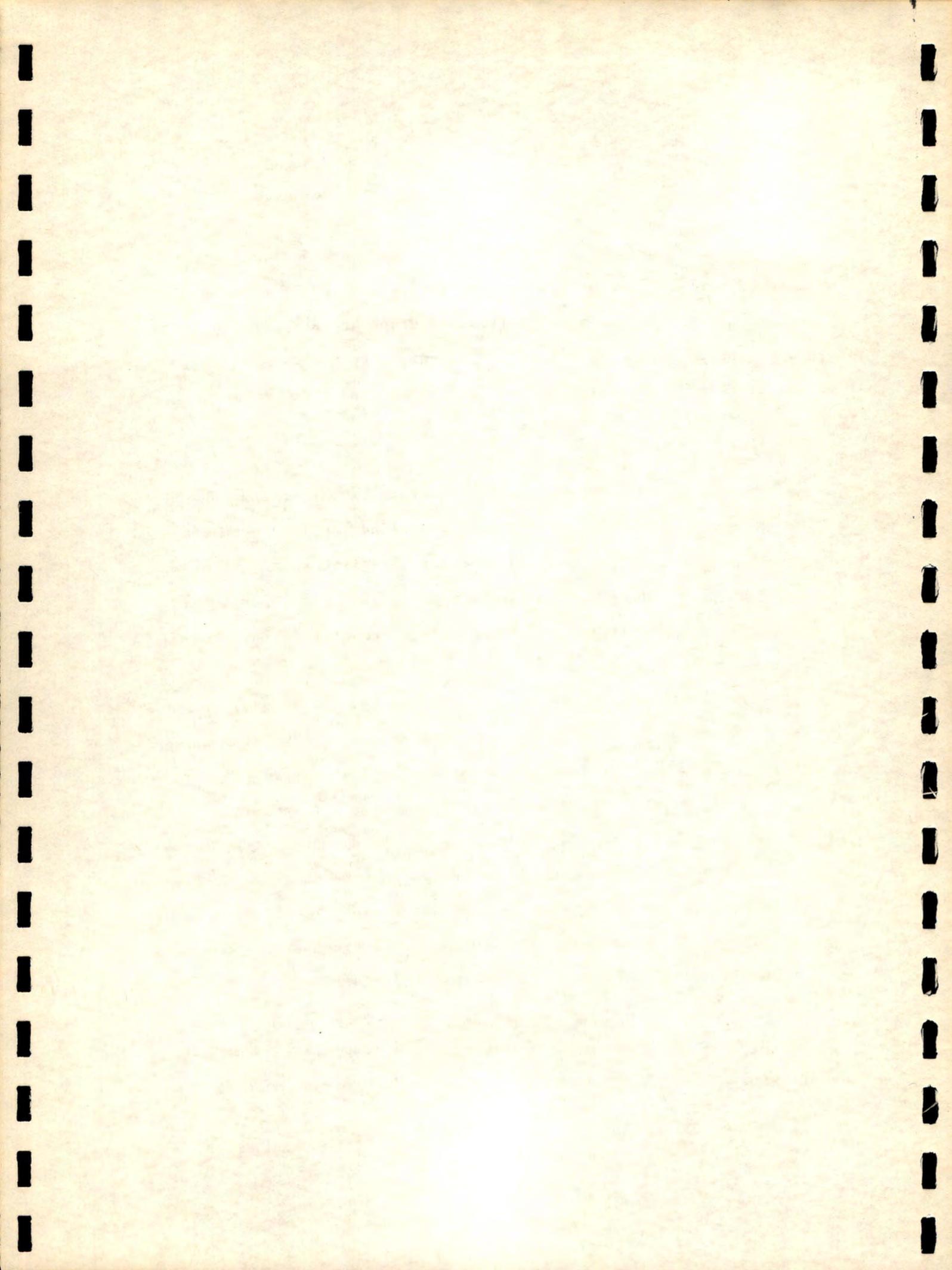
Entre sus objetivos se destaca:

- "Desde la actual perspectiva institucional se tiene como objetivo la participación junto con la comunidad, en la prevención del fenómeno de la farmacodependencia, contribuyendo, al mismo tiempo, a integrar al individuo a su familia y a la sociedad, a través de servicios de tratamiento y rehabilitación.

- El principal énfasis ha sido dirigido a las actividades preventivas, fundamentalmente por dos razones. En primer lugar porque el abuso de drogas representa desadaptación, desperdicio de potencial humano, sumisión del organismo vivo a los dictados de una sustancia química, e inhibición de la capacidad transformadora del hombre; además porque el tratamiento no sólo es costoso sino que ha demostrado no ser suficiente para eliminar la farmacodependencia ni aun evitar su proliferación."

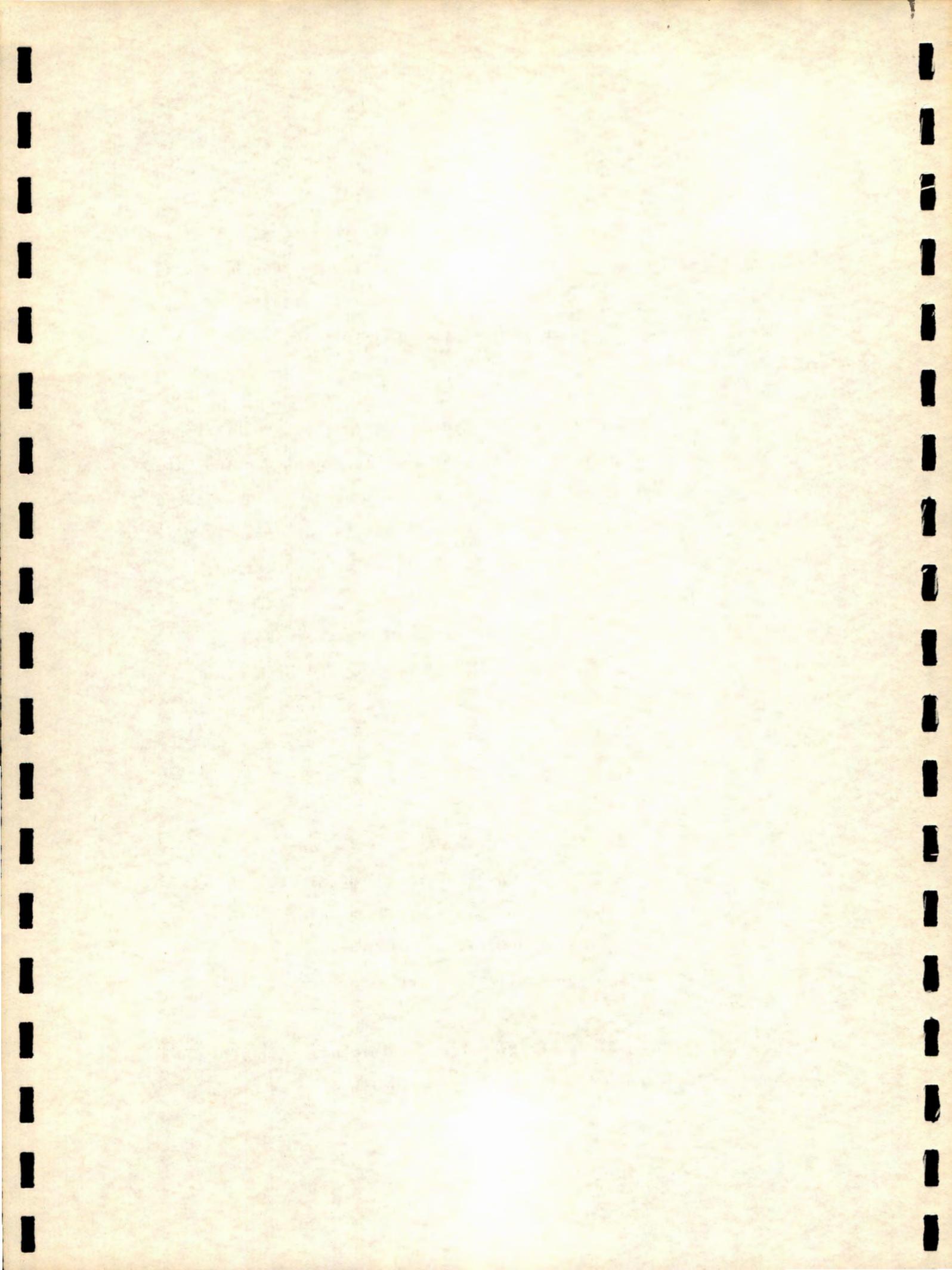
(Cuadernillo de Centros de Integración Juvenil, mayo 1982).

El proyecto global abarca distintas áreas: escuelas, Comunidad, Capacitación, Orientación, Familia, Formación de Recursos humanos, Pro-



puestas interinstitucionales.

- ESCUELAS, cuyo objetivo fundamental es, de acuerdo al nivel de los estudiantes, informar y orientar desde aspectos relativos a la promoción y preservación de la salud hasta los relacionados con la sensibilización en contra del uso de fármacos. Por otra parte, se capacita a maestros y a padres para que actúen como multiplicadores de la acción preventiva.
- CAPACITACION A LA COMUNIDAD, con el fin de informar a la población sobre la farmacodependencia, y capacitar como informantes potenciales a miembros de la comunidad con la que se está trabajando, que deseen colaborar en la prevención del problema. Además, se propicia la organización autogestiva de estrategias preventivas no específicas.
- INFORMACION PERIODICA PUBLICA, a través de la cual se informa a la población sobre diversos aspectos de la farmacodependencia en lugares públicos y accesibles, como sindicatos y clubes de servicio y se trabaja en colaboración con otras instituciones y grupos, como Alcohólicos Anónimos.
- ORIENTACION FAMILIAR PREVENTIVA, su objetivo es la identificación y resolución de problemas de familia del farmacodependiente, así como el esclarecimiento de la posición de sus miembros ante el uso y abuso de drogas causantes de dependencia, para lograr un mejoramiento en las relaciones interpersonales dentro del mismo grupo.
- ORIENTACION A CONCURRENTES, dirigido fundamentalmente a aquellas personas que acuden a los Centros de Integración Juvenil con fines no



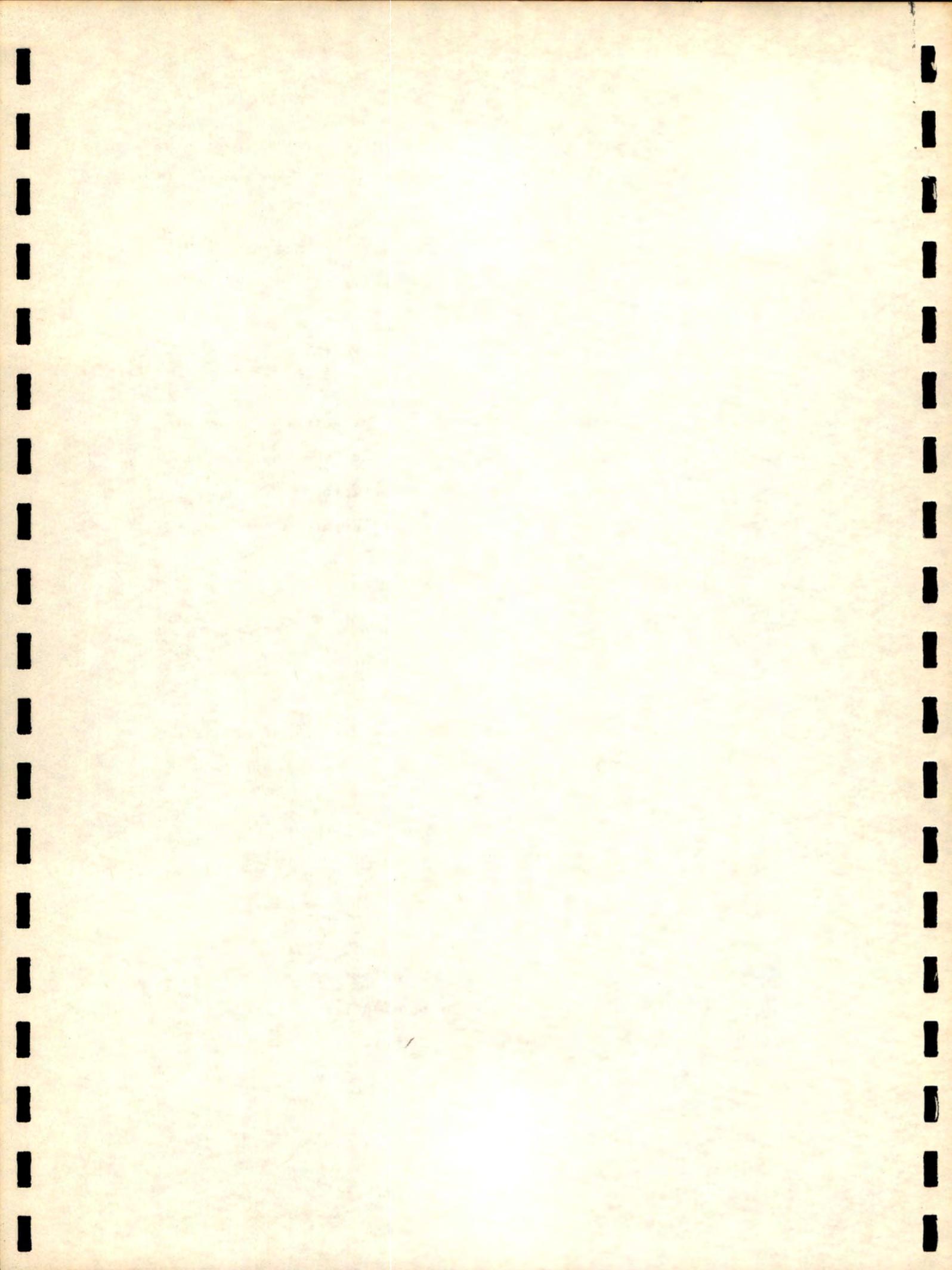
terapéuticos y que representan posibles multiplicadores de acción preventiva.

- VOLUNTARIADO Y PERSONAL EN SERVICIO SOCIAL, a través del cual se capacita a universitarios que realizan su servicio social en la Institución o a voluntarios, con el fin de que se preparen adecuadamente para el mejor desempeño de su trabajo en los proyectos que participan.
- INTERINSTITUCIONAL, mediante su desarrollo se establecen convenios de asesoría, colaboración y apoyo a los proyectos que realizan los Centros de Integración Juvenil con otras instituciones y se ejerce influencia para que éstas tomen conciencia del problema del uso indiscriminado de fármacos.

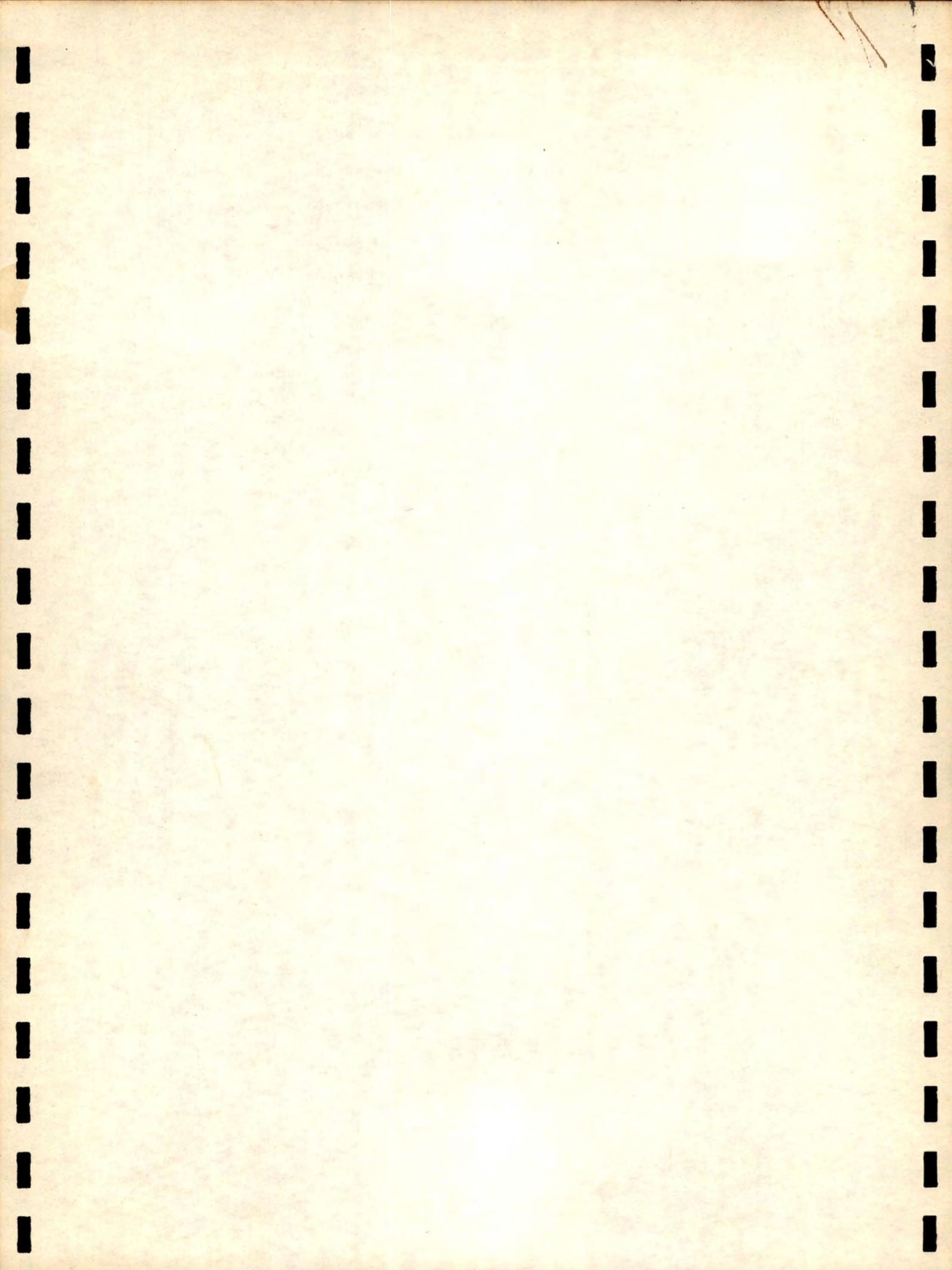
En cuanto a las acciones de tratamiento y rehabilitación, encaminadas a rescatar a los farmacodependientes mediante la asistencia terapéutica especializada e integrarlos al medio social, y que por estar basadas en conceptos de salud tienden naturalmente hacia el modelo médico-sanitario, mantienen presente las otras facetas del problema al que se enfrentan en cada caso que atienden.

Este tipo de institución toma elementos de los distintos modelos pero su perfil está dado fundamentalmente por la presencia de la comunidad como autora de cualquier programa preventivo o asistencial propuesto.

Es importante mencionar que la participación comunitaria tiene un amplio margen de trabajo en el proceso de atención al problema que nos ocupa, ya que desde la experiencia institucional es evidente su in-



intervención en todas las fases del proceso que van desde la identificación del problema, la participación en programas preventivos, hasta favorecer la integración del individuo farmacodependiente a su contexto social, proporcionando alternativas educativas, laborales, culturales y recreativas". (Cuadernillo de Centros de Integración Juvenil, mayo 1982).



I. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACION

Este proyecto se inscribe en el campo de las Ciencias Sociales y Salud, y complementa el proyecto de investigación y desarrollo presentado al CONICET para los años 1989-1992 bajo la dirección de la Dra. Ana Lía Kornblit.

Parte de la concepción que entiende el proceso de salud-enfermedad como un fenómeno multidimensional y multisectorial donde interviene una amplia gama de condiciones que se manifiestan a nivel del individuo y que reconocen elementos de orden biológico

pero que configuran un objetivo de reflexión de las Ciencias Sociales, pues este proceso es un fenómeno social y colectivo, variable histórica y culturalmente, que puede ser abordado con metodología social.

Esta naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos; en las relaciones que es dable observar entre los comportamientos corporales y las condiciones objetivas de existencia.

No se trata de ver la enfermedad en el individuo. Desde las Ciencias Sociales interesa conocer las condiciones y los condicionantes de salud--enfermedad en los grupos humanos. Teniendo en cuenta las características del proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano - proceso que implica situaciones de "riesgo" - el presente proyecto de investigación se propone tomar como universo de análisis a la población juvenil, a los efectos de conocer las condiciones de vulnerabilidad respecto a episodios de violencia, adicciones y embarazo.

Estimamos que el seleccionar a la juventud como universo de análisis puede permitir convalidar una categoría de análisis que,

I. Fundamentos de la investigación	1
II. Caracterización de la adolescencia como etapa del ciclo evolutivo familiar	6
III. La conducta adolescente desde la temática de la desviación	9
3.1. Violencia juvenil	11
3.2. Adicciones	15
3.2.1. El grupo familiar del adicto	16
3.3. La problemática de la madre adolescente	19
IV. Objetivos de la investigación	25
V. Plan de actividades	27
5.1. Metodología	27
5.1.1. Instrumentos de medición	27
i) Diagnóstico de situaciones de vulnerabilidad	28
a) Encuesta de riesgo psico-social	28
b) Escala de riesgo psico-social	30
c) Anexo de la encuesta de riesgo psico-social	32
ii) Diagnóstico del estilo de vida del adolescente	33
iii) Estrategias de intervención	34
a) Talleres de reflexión	34
b) Curso de agentes de promoción en salud	36
5.1.2. Modalidad de ejecución	38
5.1.3. Evaluación interna	39
5.1.4. Universo de análisis	39
5.1.5. Area de estudio	40
5.2. Cronograma de actividades	46

hasta ahora, ha tenido un tratamiento ambiguo y parcial.

Los jóvenes, por su situación de inestabilidad emocional, configuran un grupo especialmente vulnerable pues, allí, se potencian situaciones vitales de cambio. Como afirmamos en otro trabajo (1) los principales supuestos teóricos que se inscriben en el marco del enfoque psicosocial de los problemas comunitarios implican que:

- a) Los procesos de salud y enfermedad son afectados por las condiciones sociales en las que se desarrolla la vida cotidiana de los individuos.
- b) Las respuestas a los problemas de salud van más allá de los individuos; requieren intervenciones y recursos que partan de la comunidad.
- c) Buena parte de los problemas de salud que afectan a la población tiene que ver con estilos de vida y con patrones de comportamiento de diferentes grupos etáreos y sociales.
- d) En el área de la salud mental, son prioritarios los objetivos de prevención de la marginalidad y de promoción de patrones de comportamiento que alienten el intercambio y la reciprocidad entre los individuos.
- e) Con relación específicamente a los grupos de jóvenes, son prioritarias las intervenciones que promuevan un intercambio generacional fluido y la creación y el mantenimiento de un espacio grupal propio que, a la vez que confiera oportunidades de expresión a sus integrantes, aliente su individuación.
- f) El entrenamiento en la posibilidad de aceptar diferencias, tanto individuales como grupales, es la base de la tolerancia, condición del ejercicio de la democracia como forma de vida.
- g) La promoción de alternativas de participación constituye el eje de todo programa actual de intervención comunitaria.
- h) El eje de las acciones de salud mental pasa en este sentido por la comunidad y no por los profesionales del arte de curar que, en este modelo, tienen la función de promover acciones comunitarias y no sólo de diagnosticar y tratar conflictivas individuales.

 (1) Proyecto de investigación: Evaluación de Grupos Familiares vulnerables a la Drogadicción, presentado al CONICET, 1986.

- i) La educación para la salud no consiste fundamentalmente en la transmisión de información, sino en la adquisición de nuevas conductas que impliquen un alejamiento de comportamientos riesgosos para los individuos y para la comunidad.
- j) La concepción medicalizada e individualista de la salud debe ser reemplazada por la asunción responsable de la comunidad de sus problemas de salud, sin que éstos se deleguen en técnicos y especialistas, y con cuestionamiento de las condiciones de vida que afectan y deterioran la salud.
- k) El modelo ecológico es una construcción conceptual que permite dar cuenta de la interrelación de variables que concurren en un determinado momento para que los individuos y los grupos incurran en conductas riesgosas para sí mismos y para la comunidad.
- l) El área de investigación en psicología social abarca el estudio de factores que intervienen en el "estilo de vida" de los grupos humanos. Tales factores comprenden no sólo las condiciones que concurren al establecimiento de enfermedad, ya sea orgánica o mental, sino también los recursos que la población puede instrumentar en salvaguarda de su salud. Estos recursos incrementan la capacidad de resistencia del individuo, de la familia y de la comunidad frente a los hechos tensionantes. El análisis de los recursos disponibles en una comunidad para enfrentar las situaciones críticas permitirá derivar de ellos medidas que promuevan la salud y contribuyan al mejoramiento del medio ambiente humano.
- m) Entre los objetivos en el área de salud del actual gobierno argentino figura la intención de desplazar el eje del sistema de atención de la enfermedad al de la salud; esto implica una decidida preocupación por la acción preventiva. Por otra parte, a partir del golpe de Estado de 1976, la Argentina ha sufrido un retroceso en el camino hacia la meta "salud para todos en el año 2000". La acentuación de las desigualdades sociales derivadas de la concepción socio-económica de los gobiernos militares que se sucedieron en el país entre 1976 y 1983 llevó a que se

ampliara el número de personas que viven en la Argentina en condiciones de marginación social, con baja calidad de atención de salud.

- n) Los dos parámetros mencionados: promoción de la salud y sectores importantes de la población que vive en condiciones de marginación, concurren a la elección del enfoque de riesgo en el área de la salud. Dada la complejidad del objeto de estudio de la investigación socio-médica, tal enfoque puede abordarse desde diferentes niveles de la realidad. En el nivel socio-económico, el enfoque de riesgo estudia los factores que, derivando de ese nivel, colocan a la población en estudio en mayor riesgo, en relación con la vulnerabilidad a enfermedades de diferentes tipos. Niveles de ingresos, grado de estabilidad ocupacional, tipo de viviendas, grado de alfabetización, serán algunos de los factores en estudio en este área. En el nivel bio-médico, el enfoque de riesgo se dirige a detectar las características del huésped y del agente etiológico, si éste es aislable, que pueden influir en la probabilidad de que una determinada enfermedad evolucione tórpida mente (riesgo de peoría), o a poner de relieve las características del huésped que lo hacen vulnerable a determinadas enfermedades (riesgo de contraer enfermedad).
- En el nivel psico-social, el enfoque de riesgo pone de relieve ciertas características interaccionales, por lo general en el grupo familiar, que intervienen de modo tal que el individuo no cuente con un grupo social primario capaz de preservarlo en su salud, o de atenderlo adecuadamente en su enfermedad.
- o) Algunos de los problemas que afectan a los individuos y a los grupos en el área de la salud mental pueden ser encarados reforzando la competencia de los individuos y de los grupos, a través de intensificar el acceso a recursos posibles de poner en práctica, lo que se logra desarrollando contextos alternativos diferentes de los usados habitualmente, que carecen de eficacia.

El crecimiento rápido de las necesidades de vivienda, de servicios e instalaciones urbanas y colectivas, así como la falta de instalaciones necesarias no fueron acompañados por un crecimiento económico o redistribución de ingresos que impidieran la "instalación" de bolsones de pobreza ni el deterioro de las condiciones de vida. Precisamente, las mayores dificultades se presentan en los núcleos de las zonas Oeste y Sur del Gran Buenos Aires.

Este cuadro socio-económico ha incidido en la progresiva desintegración de núcleos familiares, en la destrucción de redes de solidaridad de la comunidad y en el avance de un conjunto de hechos sociales, tales como: abandono, violencia, embarazo adolescente, delincuencia, alcoholismo y drogadicción.

Asimismo, es necesario admitir que la ausencia de recursos estatales, así como la escasez e inaccesibilidad de ofertas en salud y de servicios de protección familiar y juvenil en las áreas deprimidas llevan a la necesidad de movilizar los propios recursos si se quiere prestar alguna atención a los problemas mencionados.

II. CARACTERIZACION DE LA ADOLESCENCIA COMO ETAPA DEL CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR

Como afirma A.L. Kornblit (2), los estudios sobre ciclo vital familiar señalan que los requisitos actitudinales que deben cumplirse en la etapa en que los hijos llegan a la adolescencia - para que ésta pueda ser atravesada sin un nivel tensional tal que convierta en conflictiva la vida cotidiana - se refiere fundamentalmente a la disponibilidad de los padres para dejar entrar y salir del sistema a los jóvenes, de modo tal que puedan probarse afuera y volver a sentirse a cubierto en casa, ante eventuales tropiezos.

La flexibilidad en los límites del sistema es un caso especial de una situación más amplia que abarca la necesidad de cambiar las reglas/interacciones que se han mantenido en la familia hasta el momento de la entrada de los hijos en la adolescencia. El concepto de reglas se refiere aquí a regularidades observables en la interacción de los miembros del grupo familiar en relación con ciertas dimensiones del sistema, básicamente jerarquías, límites entre subsistemas y atribución de deberes y derechos.

El eje por el que pasa la posibilidad del sistema de ajustar las respuestas de sus miembros a las nuevas situaciones planteadas, es su estructura de retroalimentación; sobre ella reposa su capacidad de transformación, vehiculizada a partir de cambios en las reglas interaccionales. Se han descrito cuatro niveles de retroalimentación en un sistema familiar, frente a las conductas que implican incumplimiento de las reglas.

En el primer nivel de retroalimentación, el sistema pro-

(2) KORNBLIT A.L. "Patrones interaccionales familiares durante la adolescencia" en: "Estudios sobre dirección en la Argentina" Buenos Aires, Nueva Visión, (en prensa).

duce una respuesta automática, tendiente a desalentar el input, a través del intento de neutralizarlo, con la modalidad propia de cada familia, en la gama que va de la sugerencia a la orden. Si este intento de corregir la desviación de la conducta, con respecto de la regla, falla, el sistema puede apelar a otros recursos, con miras a conseguir la corrección. Puede, por ejemplo, establecer sanciones o proponer recompensas. La regla es mantenida; lo que cambian son los intentos para lograr que sea cumplida.

En el nivel tres, y frente al fracaso de los recursos a los que se ha apelado a tal fin, surge la posibilidad que, a través del proceso de morfogénesis, puedan introducirse modificaciones en la regla. Si este nivel de retroalimentación fracasa también en el intento de mantener la regla - aun cuando la modifique - puede suceder que el grupo tome la decisión de cambiar, no de un modo parcial el contenido de la regla, sino los objetivos que se persigan a través de ella.

En el nivel tres, la respuesta incluye posibilidades inexistentes hasta ese momento, aunque presentes lógicamente como alternativas. En el nivel cuatro, el sistema sufre una conversión de sus objetivos.

Los niveles tres y cuatro se consideran exponentes de crecimiento y cambio. Sin embargo, un sistema que opere continuamente en estos niveles estará en un estado de permanente remolino y tendrá que realizar procesos de evaluación y cambio en todo momento. Las operaciones uno y dos, por el contrario, promueven estabilidad en la familia cuando, a través de su puesta en juego, se consigue alcanzar el estado previo al incumplimiento de la regla.

En nuestra sociedad, los adolescentes plantean a la familia el desafío de crecer a través de una reorganización del sistema en términos de la flexibilización, con respecto al cumplimiento de reglas y a cambio de objetivos.

Un sistema que sea incapaz de aplicar los diferentes niveles de retroalimentación enunciados - que llegan hasta el nivel cuatro - se expone a "perder" a sus adolescentes por generar ya sea alejamientos precoces o conductas desviadas de calibre significativo, como pueden ser la adicción, los episodios de violencia o la maternidad precoz.

III. LA CONDUCTA ADOLESCENTE DESDE LA TEMATICA DE LA DESVIACION

Parte importante de la literatura del tema se ha centrado en el concepto de "conducta desviada". Así, D. GLASSER identifica dos elementos fundamentales en el origen de la elección desviante: el grupo de referencia y los mecanismos de racionalización de la "falta", con los que se justifica tal elección. Según este autor, un individuo adopta conductas desviadas en la medida en que se identifica con personas reales o imaginarias, desde cuya perspectiva su condición desviada es aceptable.

H. SUTHERLAND, a su vez, analiza las distintas modalidades de manifestación de estilos desviantes respecto de las normas vigentes en la sociedad, a partir de su hipótesis acerca de la asociación diferencial. La posibilidad de asociarse con los semejantes, obteniendo de esta asociación estímulos y justificativos para conductas que, de otro modo, serían reprobadas, hace que la conducta desviada sea aprendida en el transcurso de un proceso de socialización acorde con un sistema de valores contrastantes con los de la sociedad más vasta.

Este último concepto es también desarrollado en la hipótesis de la subcultura de COHEN, según la cual los jóvenes adquieren prestigio, en estos casos, por realizar actos contrarios a los valores legitimados.

R. CLOWARD y LL. OHLIN han descripto tres tipos de subculturas que constituyen respuestas a distintas problemáticas de adaptación, una de las cuales se refiere al tema que nos ocupa. Estos autores distinguen:

- a) La subcultura criminal, en la cual un ambiente ilegítimo estable permite la transmisión cultural de conductas violatorias de la ley,
- b) La subcultura conflictiva, en la cual predomina el recurso a la violencia y no existe la transmisión cultural sistemática de la ilegalidad,

- c) La subcultura abstencionista o de abandono, en la cual se dan paralelamente el bloqueo de alternativas legítimas y la incapacidad de recurrir a alternativas ilegítimas.

Esta conceptualización permite relacionar la teoría de la anomia, ya clásica, con el concepto de acceso diferencial a los medios ilegítimos, planteado por la Escuela de Chicago, de la que los autores citados anteriormente son exponentes.

Se ha señalado también que, en el proceso de búsqueda de identidad por parte de los adolescentes, juega un rol fundamental la visión que ellos creen que el mundo adulto tiene con respecto de sus personas. Precisamente, S. MOSCOVICI señala que las representaciones que circulan en una sociedad acerca de los adolescentes, pueden adquirir autonomía por sí mismas y guiar sus conductas.

En los estudios sobre desviación social, se considera decisiva la estigmatización. H BECKER, por ejemplo, plantea que los criterios de atribución de desviación son criterios de poder. Para este autor, el proceso inherente a la identificación de los desviantes es esencialmente político, dado que la conducta desviada es la que viola las reglas dominantes y quien las viola puede sentir que se lo juzga de acuerdo con reglas en cuya creación no ha intervenido y que no acepta. BECKER plantea también que los patrones que hacen a la conducta desviada se desarrollan en una secuencia ordenada; existe un modelo secuencial en el que el momento en que un individuo es definido por los demás como desviante, es crucial. El proceso que conduce a la instauración de una carrera desviante tiene así características de profecía que se realiza a sí misma: la estigmatización provoca la marginación del estigmatizado.

Para E. ERIKSON, la adolescencia es la etapa donde se aprecia con mayor intensidad la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles. Sin embargo, en nuestra sociedad, parecen postergarse cada vez más las posibilidades rea-

les que tienen los jóvenes de asumir responsabilidades adultas, laborales o familiares. Así, los jóvenes siguen experimentando, probando roles y cuestionando al mundo adulto, tal vez por no disponer de otros canales para insertarse en la sociedad.

A esta situación se refieren V. PALERMO y P. VILA cuando señalan que el advenimiento de la democracia en la Argentina no significó para los jóvenes - en especial en los sectores populares - un cambio apreciable en su situación social y tampoco se entrevé qué proyecto encauzará las reivindicaciones del sector, en pos de su realización futura.

3.1. Violencia juvenil

Tal como señalamos en un proyecto de trabajo presentado a la OPS (3), los comportamientos juveniles violentos han sido vistos como síntomas portadores de una queja, que tiene que ver tanto con factores individuales como con factores sociales y políticos. Desde esa óptica, tal tipo de comportamientos pueden considerarse canales de expresión de un sector social para el que están obstruidas otras formas de participación, que aparecen como legitimadas para el resto de la sociedad.

Si bien reconocemos que la generación de la violencia es multicausal, es necesario tener en cuenta que los jóvenes se encuentran con una sociedad frustrante, de mensajes contradictorios, de carencias económicas y afectivas, con falta de modelos sociales creíbles, con falta de estructuras sociales que permitan crecer, creer y trabajar por un futuro que no se visualiza. Es por todo ello que nos proponemos encontrar respuestas, partiendo de los principios de la promoción de la salud de los jóvenes, lo que plantea considerar el estilo de vida como eje de las estrategias a seguir.

En un estudio realizado por nuestro equipo de trabajo,

(3) Proyecto de investigación sobre la violencia en jóvenes desgranados de la matrícula escolar, A. KORNBLIT, D. FRANKEL, et al, 1988.

muchos de los jóvenes entrevistados mostraron altos niveles de escepticismo en general y con respecto a sus expectativas acerca de cómo se ejerce la justicia. Los mismos hallazgos los comunicó C. LEON en Colombia, y los comenta en su trabajo "Observando la violencia". Si tenemos en cuenta la afirmación del coloquio sobre "La violencia y sus causas", organizado por la UNESCO en 1975, acerca de que la violación de los derechos humanos es una de las principales causas de violencia, los hallazgos de las investigaciones mencionadas adquieren pleno sentido.

El tema de la violencia transmitida por los medios de comunicación masiva, principalmente la televisión, consumida en particular por niños y jóvenes, ha sido analizado en profundidad a partir de la década del 60, en la que los hechos de violencia en el mundo real llevaron a los psicólogos sociales a preguntarse respecto de los efectos de la violencia transmitida por los medios. El tratamiento que ellos realizan de los hechos de violencia (los medios) convierte a la realidad en un espectáculo, al teatralizarla. La violencia, asociada con la inseguridad civil en las grandes ciudades, se presta para ser tratada en una "espiral de magnificación" por los medios, cosa que se explica por las expectativas de seguimiento del tema que crean, en el receptor, las noticias con planteo espectacular.

La prensa y la televisión sensacionalistas tienen como destinatarios privilegiados a los sectores medios-bajos y bajos de la población. Por un lado, estos sectores son aquellos para los que la violencia social es un dato más próximo y cotidiano (comparativamente con las clases media y alta) y son, por otro lado, los que menos instrumentos cognitivos tienen para elaborar una apreciación "realista" de la situación. Como lo demuestran numerosas encuestas, estos sectores sienten el mundo de la política y de las instituciones democráticas como un mundo distante y lejano. Para estos sectores, los medios construyen mensajes en

los cuales la violencia es el elemento central de un universo en decadencia, desintegrado y sin esperanza. En uno de nuestros trabajos anteriores, al tratar la asociación entre violencia y drogas, patrocinada por los medios, afirmábamos que, al asumir un papel de operador genérico, la referencia a la droga - como impulsora de la violencia - proporciona un principio de inteligibilidad de ese universo, que clausura toda explicación racional y toda percepción de la problemática social, en la medida en que la violencia aparece reducida a una voluntad individual de destrucción y muerte. Operador de explicación cuya ventaja es, paradójicamente, su opacidad, su capacidad para anular toda otra explicación, para silenciar todo interrogante alternativo.

Una dimensión importante para el análisis de la violencia juvenil es el estudio de los contextos en los que se desenvuelve su cotidianidad. En este aspecto, la escuela media surge como escenario que no se puede soslayar y, respecto a ella, puede decirse que atraviesa, en el mundo occidental, una crisis profunda, caracterizada por sacudimientos en diferentes niveles. En nuestro país, tal crisis no puede abarcarse en toda su complejidad si no es refiriéndola al "contexto turbulento" (SCHLEMENSON) vivido a nivel del sistema social en su conjunto, en los años recientemente pasados. El concepto de "contexto social turbulento" alude a situaciones en las que el cambio y la extrema variabilidad se convierten en una constante, vivida como sensaciones de amenaza crónica por los diferentes sectores sociales, en las que se incrementan la incertidumbre, la inestabilidad, la confusión y el caos interno. Las expresiones de violencia, por parte de los estudiantes dentro de la escuela serían, así, expresión de un clima social institucional conflictivo que, a su vez, responde a un contexto social turbulento.

C. LEON ha elaborado un hipotético perfil de jóvenes en riesgo de cometer hechos violentos, que incluye las siguientes características:

- Privación sensorial en la niñez
- Haber sido sometido a castigos corporales
- Haber sido testigo de violencia en el hogar, en un contexto que pre

- mia el comportamiento violento como útil,
- Carencia de oportunidades de recreación y diversión en el tiempo libre
 - Obstáculos permanentes para satisfacer necesidades biológicas y sociales
 - Carencia de oportunidades educacionales
 - Exposición a comportamientos violentos (por ejemplo, modelos surgidos de la televisión)
 - Carencia de oportunidades de movilidad social ascendente (desempleo)
 - Percepción del gobierno como opresivo y represor a través de sus instituciones (policía, burocracia, etc), e incapaz de proteger o ayudar a los individuos que lo necesiten.

Finalmente, y siguiendo las recomendaciones del Taller de la OMS sobre "Promoción sanitaria y juventud" (Heidelberg, 1983), pensamos que la promoción sanitaria para la juventud es responsabilidad de toda la sociedad, y es especialmente a través del alentar nuevos estilos de vida como puede enfrentarse más exitosamente el síntoma de la violencia. El marco de trabajo que adoptamos, de acuerdo con las citadas recomendaciones, es el de la promoción de sistemas y redes de apoyo social, para lo cual los "talleres de salud" (en sentido amplio) constituyen una valiosa herramienta.

Se destacarán, así, las nuevas tendencias de la psicología social, que plantean la necesidad de relevar los escenarios de conducta y el clima social de los ambientes que frecuentan los jóvenes, más que un enfoque que privilegie las variables de la historia individual de los sujetos involucrados en los episodios que se estudien. Tal perspectiva permitirá diseñar estrategias preventivas más ajustadas a las necesidades de los jóvenes.

3.2. Adicciones

La problemática de las adicciones (alcohol y drogas) en sectores populares está imbricada con factores culturales expresados en creencias idiosincráticas de diferentes grupos sociales. En todos los casos, está asociada a experiencias de aislamiento reiterado en diferentes niveles (familiar, educacional, social), que dan lugar a diferentes tipos de marginalidades; situaciones que la adicción intenta sustituir a través de una sobrecompensación ilusoria, que otorga un fugaz sentido de pertenencia.

Es en este sentido que se postula que las acciones de prevención deben tender a brindar experiencias que contrapongan al aislamiento la participación en torno a objetivos grupales.

En nuestro país - como en todos los países en vías de desarrollo - el problema de la drogadicción y del alcoholismo en sectores populares se enlaza particularmente con las situaciones de carencias de oportunidades de inserción social de los jóvenes en la vida comunitaria. Sólo la promoción de la participación de la comunidad y, específicamente, de los jóvenes podrá significar avances en la tarea preventiva. Abrir canales de mayor inclusión en lo social debe ser el objetivo prioritario de las acciones preventivas.

El adicto corre el peligro de convertirse en chivo expiatorio de todo problema social inexplicable. La primera tarea en este campo será, pues, la de tratar de desarticular ese mito, a la par que el de la ilusión de la droga o del alcohol como vehículos de la comunicación grupal.

La detección de situaciones de riesgo psico-social y de grupos familiares vulnerables es un objetivo prioritario para la instrumentación de programas de acción con esos grupos, que deberá incluir la activación de los recursos comunitarios para

enfrentar este tipo de situaciones críticas.

3.2.1. El grupo familiar del adicto

Tal como afirmamos en el informe sobre Familias Vulnerables a la Drogadicción, el peso de las variables interaccionales familiares se ha diferenciado según el tipo de adicción de que se trate. El Tipo uno incluye el uso de drogas legalizadas - como el alcohol - y, en él, se reconoce la importancia de los factores socio-culturales.

El Tipo dos se refiere al uso de drogas que son ilegales en la mayor parte de los países, como la marihuana, y es de fundamental importancia en este grupo la influencia del grupo de pares, tal como se ha descrito en la adolescencia, como momento evolutivo en el que el sujeto necesita contar con un grupo de referencia fuerte - que encuentra en sus pares - y que le permite diferenciarse de su familia de origen, como paso previo en el proceso de crecimiento, el que culminará con la posibilidad del adulto joven de crear nuevos grupos de pertenencia.

El Tipo tres de adicción incluye el uso de las drogas de mayor toxicidad y es en este grupo en donde las relaciones entre el adolescente y su familia son consideradas determinantes del proceso de adicción.

La adicción parece ser un fenómeno relacionado de modo preponderante con la adolescencia. Los especialistas en el tema señalan que hay dos momentos clave en el círculo evolutivo, en cuanto a riesgo de consumo excesivo de drogas: el inicio de la adolescencia y el momento en que se espera que el joven se separe de la casa paterna para vivir en forma autónoma.

Estos dos momentos se vinculan con la posibilidad de un contacto más intenso del individuo con el afuera. En el ini

cio de la adolescencia, no sólo se quiebra la ilusión del grupo familiar como unidad autoabastecida, sino que se cuestionan severamente sus normas y valores, para lo cual el adolescente debe reforzar su relación con otros que puedan reemplazar las poderosas figuras familiares de su infancia. En el momento del "despegue" del adulto joven de su familia, el afuera aparece como un horizonte a la vez tentador y amenazante, en términos de la ambivalencia entre quedarse o separarse.

Esta ambivalencia que, en general, se ubica en el sujeto, se encarna también en el grupo familiar, para el que el despegue de los hijos representa un desafío que despierta considerable incertidumbre en cuando a cómo podrán reorganizarse las relaciones de los que quedan.

Si bien el fenómeno de la adicción se asocia con momentos críticos, a violencia y a descontrol, lo que no se percibe por lo general es que estas crisis son hitos que se repiten en un proceso estable de funcionamiento de un grupo que involucra tanto al adicto como a su familia.

El adicto no es sólo un individuo que logra una pseudo-individuación a través del consumo; es, además, un miembro de una familia que experimenta una seria ambivalencia en torno al crecimiento y despegue de sus miembros.

La adicción provee a ambos - al adicto y a su familia - un modelo de resolución frente al dilema de quedarse o irse; a través de la droga y de la subcultura ligada a ella, el joven se separa de su mundo familiar, pero de un modo que lo convierte en alguien necesitado y dependiente, en última instancia, de la ayuda que éste puede brindarle.

La significación que hace la familia de la conducta adictiva se analiza desde el estudio de los códigos que se transmiten de padres a hijos.

El eje semántico relevante en la conducta adictiva es el de lo prescriptivo, en términos de la transmisión de padres a hijos del qué se debe hacer y cómo hacerlo. En las familias en las que surge un adicto, lo prescriptivo permanece en un nivel de indefinición por parte de las figuras paternas, en la medida en que ellas dejan en una zona brumosa - de no prescripción, precisamente - aquellas conductas y actitudes que llevarían al joven a la posibilidad de lograr su autonomía, con lo cual transmiten su ambivalencia frente a su crecimiento.

Un indicador de la ausencia del eje de la prescripción o ausencia de normatividad por parte de las figuras paternas en estas familias es su incapacidad para establecer sanciones y reconocimientos en áreas que se vinculan con el crecimiento. No existe una idea clara acerca de lo que es reprobado o aprobado.

Las paradojas semánticas, expresadas por ejemplo como el deseo de crecimiento de los hijos y la indiferencia frente a sus fracasos, son transmitidas como paradojas pragmáticas, que ubican al sujeto frente a la imposibilidad de respuesta, por el bloqueo de salidas posibles.

Las paradojas pragmáticas surgen del juego de presupuestos y sobrentendidos implícitos en los mensajes transmitidos. En el caso de la adicción, la respuesta frente a los mensajes paradójicos es la de acceder a un mundo ilusorio, con lo que se crea así una nueva paradoja: la de una pseudo-independencia, en un mundo en el que los no adictos están a la vez excluidos y permanentemente incluidos como cuidadores y proveedores.

Son tales presupuestos y sobrentendidos los que intentaremos develar en el trabajo que encaramos con grupos familiares con hijos adolescentes, partiendo del supuesto general de que un hijo adicto implica para la familia un intento de detección del ciclo vital que abarca al grupo en su totalidad.

3.3. La problemática de la madre adolescente

Del 10 al 15% de la totalidad de los niños que necen en el mundo en este momento (de 15 a 18 millones por año), son hijos de madres adolescentes. En los Estados Unidos, las adolescentes dan a luz el 25% del total de niños nacidos.

Estos y otros datos estadísticos revelan en el mundo occidental un incremento importante en la frecuencia de embarazos en mujeres adolescentes, a partir de 1940.

Algunos de los factores que pueden mencionarse como causas probables de tal incremento son:

- a) Eclosión puberal más temprana. Los estudios estadísticos revelan que la menarca se ha ido haciendo cada vez más precoz durante los últimos 100 años, a razón de 3 a 4 meses por década. Este descenso responde a la interacción de factores ambientales (nutrición, principalmente), psicológicos y genéticos.
- b) Cambios a nivel de las costumbres, especialmente referidos a una mayor permisividad de las relaciones sexuales prematrimoniales.
- c) Cambios a nivel del rol social de la mujer, que pueden sintetizarse en una mayor equiparación con el sexo masculino y en una menor disposición a ser objeto pasivo de intercambio para el matrimonio.

La problemática de la maternidad en la adolescencia abarca tres tipos de áreas, correlacionadas entre sí:

- a) El área médico-clínica
- b) El área psico-social
- c) El área de recursos humanos

a) Area médico-clínica

La adolescente embarazada constituye todavía hoy objeto de interrogantes, preocupación y estudio en los diferentes servicios gineco-obstétricos del Partido de La Matanza.

Existe consenso en considerar los siguientes factores como de riesgo obstétrico:

- Partos pretérminos: atribuibles a inmadurez en la fibra muscular uterina, ruptura prematura espontánea de membrana, control prenatal deficiente y monto excesivo de tensión emocional.
- Alta incidencia de gestosis: se presenta en cantidad doble con respecto a la de la población adulta.
- Presencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Elevado índice de mortalidad por enfermedad hipertensiva: 28,4% en relación al 15,4% de la población general de embarazadas (Fuente: Defunciones por causas maternas 1980-81, Programa Nacional de Estadísticas de Salud n°25; Serie 5, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, abril de 1986).

- Falta de controles durante el embarazo:

En un estudio realizado en los años 1986/87 en la Unidad Sanitaria de Villa Celina, sobre 1.866 adolescentes consultantes, se comprobó que la mitad había tenido "0 control" de embarazo. El registro de controles evidenció los siguientes datos:

. Control adecuado (1 consulta mensual con análisis mínimos)	16%
. Control inadecuado (menos de 1 consulta mensual)	12%
. Control esporádico	16%
. "0 control" (consulta 1 sola vez)	56%

A su vez, en un estudio realizado en el Hospital Paroissien (1984), se observó en las adolescentes una tendencia al "0 control" superior (32 a 22%) que en resto de las madres embarazadas, a saber:

<u>Controles</u>	<u>Adolescentes</u>	<u>Población general</u>
0 control	32%	22%
Menos de 5 controles	33%	40%
Más de 5 controles	11%	38%
Sin datos	24%	

- Aumento de la incidencia de uso de forceps: Es 4 veces mayor en la población de adolescentes (existe también una tendencia hacia la mayor incidencia de cesáreas)
- Presencia de abortos: representa el 25% del total de muertes de madres adolescentes que fallece en La Matanza.

Respecto de los factores de riesgo en relación con el recién nacido, los estudios en el Hospital Paroissien (1984) revelan:

- Alto índice de neonatos de bajo peso: Para niños con menos de 2.500 g, el índice es 2 veces mayor en las madres adolescentes que en las no-adolescentes; esta diferencia se hace aún superior (2,23) cuando se consideran sólo los recién nacidos de menos de 2.000 g.
- Distribución por grupos de peso de los recién nacidos de madres adolescentes y madres no-adolescentes

<u>Distribución por peso</u>	<u>Adolescentes</u>	<u>No-adolescentes</u>
- 1.000 g	0,91 %	0,67 %
1.000 a 1.499	2,75	1,18
1.500 a 1,999	2,75	1,10
2.000 a 2.499	9,17	5
más de 2.500	84,4	92,0

(Fuente: Epidemiología perinatal. Schwarcs A., Requena F., Meana M.C. y cols, mimeo, sep. 1985).

- Cantidad de prematuros: Es 1,5 veces mayor que los que se presentan en la población no adolescente.
- Tasa de mortalidad: La mortalidad perinatal es 1,8 veces superior en la población de madres adolescentes que en la de madres no-adolescentes; la mortalidad neonatal global es 3 veces superior.
- Controles post-parto: Sólo en el 2,75% de los casos, la madre adolescente vuelve para realizar controles puerperales. En el 50,45% de los casos, sus recién nacidos vuelven a control neonatológico luego del alta institucional.

b) Area psicosocial

El Partido de La Matanza está constituido por una población joven con alta incidencia de mujeres en edad fértil. Aunque no siempre posible registrar los domicilios de las madres, la experiencia llevada a cabo en el Hospital Paroissien revela que el 65% de la población

de embarazadas proviene de zonas donde el 40,1% al 55% de los hogares tienen sus necesidades básicas insatisfechas.

Se calcula que, del total de embarazos en La Matanza, entre el 30% y el 40% pertenecen a adolescentes. Más del 45% se produce antes de los 18 años (Fuente: Información del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, junio de 1987). Este es uno de los motivos principales por el cual la mayoría de las madres adolescentes sin pareja se ve presionada para entregar el hijo en adopción, cuando la familia no quiere hacerse cargo de la situación.

Ciertos factores específicos a tener en cuenta son:

i) Dieta insuficiente

La adolescencia, de por sí, como período de crecimiento y desarrollo, implica importantes requerimientos calóricos y nutricionales que se ven agravados si, a esta demanda, se agregan las necesidades de aporte material y energético propias del embarazo. Si bien la dieta insuficiente está directamente relacionada con nivel socio-económico bajo, existen también factores vinculados con la ignorancia, por parte de la joven, sobre su valor en relación con la salud.

ii) Impacto migratorio

Es el caso de la situación de desarraigo producto de haber migrado sin su familia. No existe ninguna red social capaz de contener su situación.

iii) Conflicto familiar

El grado de rigidez de la familia o unidad doméstica, entre otros, redundará en provocar un mayor aislamiento y, por lo tanto, compromete la relación madre adolescente-hijo. En el caso de familias con estas características, el embarazo tiene una connotación que guarda estrecha relación con las dificultades de comunicación intra y extra familiares. Generalmente, el embarazo concuerda con un serio conflicto interno en el grupo, en el que se compromete la dificultad de separación de la hija, de sus padres.

iv) Desconocimiento de su sexualidad

Cuando nos referimos a este punto, hacemos hincapié tanto a lo que se refiere a la represión de su afectividad como en la falta de educación sexual. En una encuesta realizada durante 1987 en algunos servicios hospitalarios, se comprobó que el 80% de las adolescentes no había tenido información sexual previa al embarazo; que la mayoría de los embarazos había sido no deseados que 3 de cada 4 jóvenes no habían recurrido a la anticoncepción con motivo de su primera relación sexual y que 1 de cada 4 jóvenes formaba pareja a raíz de su embarazo.

De las adolescentes atendidas en el Hospital Paroissien entre 1983 y 1984, el 35,7% carecía de pareja.

En la encuesta mencionada, las adolescentes consignaron 4 motivos para no practicar la anticoncepción:

- Ausencia de información y educación sexual
- Dificultad en obtener anticonceptivos
- Imprevisibilidad de las relaciones sexuales
- Temor a consecuencias negativas para la salud, por ingestión de pastillas.

v) Marginación social

Hay una falta de espacio propio para la adolescente; en el ámbito médico-psicológico, no hay consultorios para adolescentes; en el ámbito extra-programático, no hay cursos ni actividades culturales; y en el del tiempo libre, no hay actividades recreativas, clubes, etc.

b) Area de recursos humanos

El resultado de la práctica sanitaria no brinda una solución adecuada al problema. Ello es así por varias razones, entre las que destacaremos las siguientes:

1) Diferencias de códigos

Entre los profesionales y la población asistida existen relaciones asimétricas como resultado de diferencias de clase social,

formación cultural, significación y apropiación de los hechos.

2) Práctica asistencial

Se mantiene un perfil paliativo de la salud al no abordarse acciones preventivas. La práctica hospitalaria revela ser insatisfactoria en cuanto a calidad y cantidad de la ayuda brindada.

3) Acciones correctivas

El modelo médico impone su abordaje del proceso de salud-enfermedad en relación a la conducta adolescente en general y a la adolescente embarazada y a la maternidad en particular, sin tomar en cuenta la definición que la población tiene sobre este tema.

IV. OBJETIVOS

Objetivos generales

- a) Realizar un diagnóstico de las situaciones sociales ligadas a la problemática del adolescente en sectores populares del Partido de La Matanza.
- b) Diseñar un perfil de los jóvenes en riesgo psico-social en relación con:
 - i) Embarazo adolescente
 - ii) Adicciones (alcoholismo y drogadicción)
 - iii) Violencia juvenil
- c) Elaborar un Programa de Prevención Primaria, convocando a las instituciones pertinentes en las áreas estudiadas.
- d) Capacitar a miembros de esas instituciones como agentes promotores de salud, para que puedan llevar a cabo tal programa y actuar como agentes multiplicadores.

Objetivos específicos

- a) Investigar ciertas variables situacionales por las que atraviesan los adolescentes, conceptualizados como indicadores de riesgo psico-social,
- b) Investigar los comportamientos, expectativas, normas de conducta y dinámica familiar, con especial referencia a la estructura de autoridad, según edad y sexo de los jóvenes.
- c) Investigar las características del proceso de transición entre la niñez y la adolescencia; la asunción de roles hacia la adultez y el impacto de este proceso sobre la salud del joven y su eventual núcleo de procreación, en el marco de las clases populares.
- d) Desarrollar estrategias de intervención con los adolescentes identificados como vulnerables, a través de la convocatoria:
 - . A grupos de reflexión con adolescentes en riesgo psico-social,
 - . A talleres de reflexión con familias de adolescentes en riesgo psico-social,

. A talleres de reflexión conjuntos, de adolescentes con sus familias

- e) Desarrollar estrategias de prevención a nivel comunitario, a través de la convocatoria a talleres de reflexión con adolescentes en general, sobre los temas de "sexualidad, adicciones, y actividades de recreación.

V. PLAN DE ACTIVIDADES

5.1. Metodología

La investigación permitirá elaborar una metodología que detecte precozmente grupos juveniles en riesgo. La detección precoz de tales grupos debe activar recursos comunitarios a fin de disminuir la combinatoria de factores ligados etiológicamente a las adicciones, episodios de violencia y maternidad precoz.

5.1.1. Instrumentos de medición

La metodología consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos:

- i) Diagnóstico de situaciones de vulnerabilidad
 - a) Cuestionario de riesgo psico-social
 - b) Escala de riesgo psico-social
 - c) Anexo de la encuesta de riesgo psico-social
- ii) Diagnóstico del estilo de vida del adolescente
 - a) Entrevista abierta para construir un perfil de adolescencia
- iii) Estrategias de intervención
 - a) Talleres de reflexión
 - b) Formación de agentes de promoción en Salud
- iv) Transferencia de conocimiento y tecnología
 - a) Con la Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Manaña y las instituciones que de ella dependen, a través de informes, encuentros periódicos en talleres de trabajo,
 - b) Con los barrios donde se realizará la experiencia a través de talleres de trabajo,
 - c) Elaboración de un proyecto participativo en el marco de políticas preventivas globales del adolescente.

i) Diagnóstico de situaciones de vulnerabilidada) Cuestionario de riesgo psico-social

Mide los hechos vitales concomitantes al desencadenamiento del problema.

b) Escala de riesgo psico-social

Mide el clima social familiar

c) Anexo de la encuesta de riesgo psico-social

Registra:

- . Evaluaciones de informantes claves del barrio
- . Recursos adaptativos puestos en práctica por la familia
- . Significación del conflicto para la familia.

a) Cuestionario de riesgo psico-social

Comprende 5 ítems que miden:

i) Situaciones recientes vividas como críticas, que empañan la posibilidad de alarma

Concomitantes con el desencadenamiento de los hechos acaecidos en su transcurso

El hecho de que una familia deba afrontar simultáneamente varios conflictos aumenta su vulnerabilidad en la medida en que otros factores contribuyen a desestabilizarla. Los posibles factores desestabilizantes anteriores, al tiempo y después del hecho son:

- Dificultades laborales
- Dificultades de salud
- Dificultades económicas
- Dificultades escolares
- Dificultades familiares
- Otras circunstancias.

El efecto que las situaciones críticas concomitantes producen en el incremento de la vulnerabilidad familiar es medido a través de los siguientes indicadores:

- Incomunicación
- Desacuerdos
- Discusiones
- Violencia

- Síntomas psicológicos (depresión, angustia)
- No hay cambios
- Otras circunstancias

ii) Estrategias de mediación del estrés por la presencia de síntomas
 Sistemas de acción contruidos para dominar, tolerar, reducir, minimizar el conflicto surgido desde la manifestación de los síntomas.

Comprende las siguientes variables:

- Valoración cognitiva de las dificultades

Los indicadores que pertenecen a esa escala toman en cuenta: irrelevancia; mayor o menor importancia asignada a los problemas,

- Recursos de enfrentamiento implementados en la resolución de los problemas

Los indicadores miden las siguientes características familiares:

- . Fatalismo en tanto desconfianza de los propios recursos personales para ayudar a resolver las dificultades
- . Búsqueda de información o de recursos que ayuden en la resolución de los problemas
- . Parálisis en tanto imposibilidad de resolver los problemas por desconocimiento
- . Evitación cognitiva: dificultades en aceptar el problema
- . Flexibilidad en las estrategias de enfrentamiento por capacidad adaptativa
- . Evitación de apoyo que favorece la intolerancia frente a las dificultades
- . Confiabilidad en tanto aceptación de la existencia de recursos capaces de resolver las dificultades
- . Ausencia de estrategias de distracción que impidan reducir el grado de estrés. Falta de mecanismos que favorezcan la disminución de la atención en los problemas

iii) Aislamiento de la familia

Se refiere a las variables externas de mediación. Se define esta condición como el grado de apoyo de la red social que cubre las necesidades de aprobación, pertenencia y seguridad.

b) Escala de riesgo psico-social

Se compone de 48 ítems pertenecientes a tres dimensiones que se contestan por Verdadero o Falso.

Dimensión de relación

Tipo e intensidad de las relaciones y grado de involucración de la familia con el adolescente. Comprende las siguientes variables:

i) Cohesión

Nivel de unión en relación a los problemas familiares. Impacto que produce la tensión en la modalidad de colaboración.

ii) Ayuda

Grado en que los miembros de la familia se sienten apoyados con relación a sus problemas personales. Nivel de confiabilidad en resolver grupalmente las dificultades, en especial las que se refieren a los mecanismos que evitan aislamiento del adolescente.

iii) Conflicto

Grado de contención del grupo familiar en cuanto a capacidad de tolerar y afrontar situaciones críticas. Nivel de tensión, hostilidad y agresión por la aparición de situaciones vitales estresantes.

Dimensión de autorrealización

Importancia que se da en la familia al interés por actividades que fomentan:

- Desarrollo personal: nivel de estimulación familiar por la orientación hacia la centralización en tareas hacia el tiempo libre; participación en actividades sociales y de recreación; expresividad en valores morales y religiosos

- Posibilidad de aceptación de las diferencias individuales

Comprende las siguientes variables:

i) Independencia

Nivel de autonomía personal para implementar proyectos propios y llevarlos a cabo; libertad de expresar los sentimientos u opiniones en general; nivel de estimulación del adolescente en cuanto a implementar medidas que no limiten su independencia.

ii) Presión

Grado de control familiar en relación con el cumplimiento de las normas; coacción sobre las reglas de negociación; tolerancia del grupo respecto del cambio de rol del adolescente y expresión de conductas solidarias

Dimensión de organización familiar con relación a la conflictiva adolescente

Características de la interacción familiar que pueden repercutir en el manejo del adolescente; posibilidad de adecuación a las demandas del joven que, según A. KORNBLIT, adquieren una modalidad "centrípeto" - involucración de toda la familia - o "centrífuga" - dependencia de un solo miembro por conductas evitativas del resto.

Comprende las siguientes variables:

i) Mantenimiento del sistema

Desarrollo de la vida familiar en relación a patrones de adaptabilidad (estabilidad y cambio) importancia del establecimiento de normas claras; grado de coherencia familiar en relación al adolescente.

ii) Expresividad familiar

Capacidad del grupo familiar de atender a las demandas del adolescente y del resto de los miembros; rigidez o flexibilidad de las normas con relación al cambio de rol; posibilidades de manifestación de acuerdos-desacuerdos.

iii) Previsibilidad

Capacidad del grupo familiar de producir mecanismos anticipatorios de crisis o conflictos; posibilidad de contar con un grado de alarma que desarrolle acciones a partir de la percepción de