

"PREVALENCIA DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS"

García Camarero Florencia
Chalde Anchorena Marina
Supervisora: Llarull, Graciela

t-ps
ch
2757

Facultad de Psicología
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Tesis de Pre-Grado

“Prevalencia del Abuso Sexual Infantil en personas adictas a sustancias psicoactivas internadas en un dispositivo de atención de la patología”

Alumnas: Chalde Anchorena, Marina C.
García Camarero, Ma. Florencia.

Supervisora: Lic. Graciela Llarull.

Radicación: Grupo de Investigación. GIP JURI



Trabajo de Investigación

29/06/12

Calificación 10

(sobresaliente)

S. Orsucci

Graciela Llarull G.

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
	bre
	N° INVENTARIO:
	2757

Plan de Trabajo



Anteproyecto

- **Apellido y nombre de las alumnas:**

Chalde Anchorena, Marina. C (7601/06)

García Camarero, Florencia. M (7390/06)

- **Año:** 2011

- **Radicación:** Grupo de Investigación GIPJURI : *Grupo de Investigación en Psicología Jurídica*

- **Supervisor:** Llarull Graciela

- **Título del proyecto:**

“Prevalencia del abuso sexual infantil en personas adictas a sustancias psicoactivas internadas en un dispositivo de atención de la patología”.

- **Descripción resumida:**

El propósito de esta investigación, consiste en identificar factores asociados al consumo de drogas en aquellas personas que han transitado por una institución de internación en la problemática de las adicciones en el período 2004 – 2011, dado que se maneja el presupuesto, que uno de los factores de mayor recurrencia en la población asistida, sería la violencia y en particular el abuso sexual infantil. Para ello, se ha de realizar el relevamiento de los archivos de historias clínicas en el período mencionado. La importancia de la búsqueda se remite a la recopilación de información que aporte a futuros programas de prevención de dichos factores de riesgo.

- **Palabras claves:** adicción – abuso sexual infantil – violencia- comunidad terapéutica.

- **Descripción detallada:**

Motivo

El consumo de drogas, se ha convertido en un tema de gran preocupación social, si bien representa un peligro para quienes consumen, en gran medida dicho consumo se haya asociado en el imaginario social con la violencia, los delitos, la inseguridad, el peligro, descontrol y causa de grandes conflictos familiares y sociales.

Se considera la adicción como una patología crónica y progresiva. Crónica, porque la adicción a las drogas no se cura sino que se rehabilita, y progresiva porque se transitan tres etapas diferenciadas: el uso-abuso-adicción y dependencia. (Zamorano, E. 2008)

Desde el Ministerio de Desarrollo social, Subsecretaria de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, surgen los Centros Provinciales de Atención (C.P.A), los cuales son espacios de recepción, asesoramiento, atención y derivación. Están conformados por un equipo técnico de psicólogos, trabajadores sociales, operadores terapéuticos y comunitarios que atienden a personas afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias, o que requieren asesoramiento en relación a la temática.

Con presencia en cada uno de los municipios de la provincia, los CPA trabajan articuladamente con diversos actores en el ámbito comunitario a fin de brindar respuestas integrales a las demandas específicas de las personas en su entorno social.

Existen tres dispositivos de tratamiento, la atención ambulatoria, las casas de día y los centros de internación. Las primeras como su nombre lo indica implica la atención cuando las personas pueden mantener parámetros de socialización sin abandonar ámbitos de su actividad cotidiana, los segundos

son establecimientos de atención intermedia a las que se derivan determinadas personas según la situación de consumo que estén viviendo. Funcionan de lunes a viernes, y realizan actividades como talleres de expresión, esparcimiento y tareas terapéuticas coordinadas por el equipo de operadores y psicólogos.

En cuanto a los centros de internación Son dispositivos de atención terapéutica breve para personas con compulsión al consumo, brindando acompañamiento y tareas para la socialización y la creación de nuevos lazos.

“En los tratamientos de esta patología, existe una excesiva consideración del objeto de consumo, cuando en realidad, el aspecto más importante circula por las cuestiones del sujeto. Las afecciones subjetivas son las que se encaminan hacia la búsqueda del objeto... Es necesario e imprescindible frente a cada paciente, atender su singularidad, su historia, la multiplicidad de sentidos que modelan sus deseos y satisfacciones.” (Zamorano, 2008)

El abuso sexual infantil es considerado como una forma de maltrato, se lo puede definir como el involucramiento del niño o del adolescente- a instancias de un adulto- en prácticas sexuales cuyos alcances no puede dimensionar y sobre las que son incapaces de dar un consentimiento válido. (Miotto, 2001)

Teniendo en cuenta lo anterior, se podría considerar el abuso sexual infantil como un suceso traumático que formaría parte de muchas de estas historias, forjando una herida en la subjetividad de estas personas, generadoras de un sufrimiento difícil de tramitar psíquicamente, en donde la droga aparecería como una forma de anestesiar dicho sufrimiento.

Antecedentes

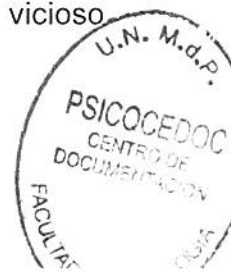
Existen diversos estudios realizados internacionalmente que relacionan el abuso sexual infantil y las adicciones a diferentes sustancias.

Uno de los antecedentes encontrados es una investigación realizada por Cohen LJ, Forman H, Steinfeld M, Fradkin Y, Frenda S, Galynker I en Centros de Salud de New York, Estados Unidos en el año 2010. Estos autores

realizaron una comparación entre sujetos que en su infancia han sufrido historias de abuso sexual y que actualmente son pedófilos o adictos al opio con un grupo control: se preguntan si el abuso sexual infantil puede ser considerado un factor de riesgo para las adicciones. La conclusión a la que arriban es que el abuso sexual en la infancia quizá podría constituir un factor de riesgo específico para las adicciones sexuales como la pedofilia pero quizá no un factor específico para las adicciones a sustancias.

En el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, "Emory University School of Medicine" situado en Atlanta, EE.UU. en el Año 2010 los investigadores ; Khoury L , YL Tang , B Bradley , JF Cubells , KJ Ressler, llevaron a cabo un estudio, el cual tuvo por objetivo examinar las relaciones entre traumas en la infancia, uso de sustancias y trastorno de estrés post traumático en una muestra urbana en pacientes de atención primaria. Consideran que la exposición a experiencias traumáticas, especialmente las que ocurren en la infancia, se han relacionado con trastornos por consumo de sustancias (TCS), incluyendo el abuso y la dependencia. Los TCS también son altamente comórbidos con el trastorno por estrés postraumático y otras psicopatologías relacionadas con el estado de ánimo. La información obtenida muestra un fuerte vínculo entre los traumas infantiles y los trastornos por uso de sustancias, la asociación entre estos daría como resultado el trastorno de estrés post traumático.

Schiff M, Levit S, Cohen-Moreno R, realizaron un estudio en la escuela de trabajo social y de bienestar social en la Universidad de Hebrew, Israel en el año 2010, titulado "El abuso sexual en la infancia ,el trastorno por estrés post-traumático, y el uso de heroína entre clientes de sexo femenino en los programas israelíes de tratamiento con metadona". Este estudio muestra las consecuencias negativas a largo plazo del abuso sexual infantil, dando a conocer que no solo esas mujeres abusadas quedan atrapadas en una dependencia a la droga o adicción sino que no pueden romper el vicioso



círculo de consumo de drogas ilícitas mientras son tratadas por su adicción. A su vez los tratamientos con Metadona resultan ser los más eficaces

Un estudio realizado en México por la Dra. Luciana Ramos-Lira, la Lic. En Psicología María Teresa Saltijeral-Méndez, Dra. en Ant. Martha Romero-Mendoza, y los psicólogos Miguel Ángel Caballero-Gutiérrez y Nora Angélica Martínez-Vélez, tuvo por objetivo el estimar la frecuencia de diferentes formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, y uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. El mismo fue un estudio transversal, hecho en un centro de salud oficial de México, D.F., entre febrero y marzo de 1998. La muestra estuvo constituida por 345 mujeres usuarias del establecimiento asistencial las cuales, en el momento del estudio, vivían con pareja. Se calcularon proporciones para observar la frecuencia de tres diferentes formas de violencia sexual, y ji cuadrada para compararlas en cuanto a los problemas mencionados. En cuanto a los resultados se observó que el 19% sufrió tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos.

A nivel nacional, la investigación llevada a cabo en el año 2008 "Prevención y atención de las Adicciones en el C.P.A de Mar del Plata un estudio de caso", por Mónica Liliana Alberro. Con el propósito de caracterizar la figura del Centro Provincial de Atención a las Adicciones de la ciudad de Mar del Plata, su estructura y funcionamiento como eslabón fundamental dentro de la red de instituciones efectoras que responden a la estrategia socio sanitaria de la provincia de Buenos Aires. Para la realización de este trabajo se toma como caso el Centro Provincial de Atención de Mar del Plata (C.P.A), que pertenece a la Zona Sanitaria VIII y el área de influencia q le corresponda.

Los ex alumnos Almeida Andrea, Spennato Silvana y Ferrari Tomas, en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, con el objetivo de elaborar su tesis de grado. La misma se denomina "Niños, víctimas de abuso sexual" y tuvo como propósito el analizar los desarrollos científicos efectuados en los últimos cinco años, en distintos países de habla hispana, relacionados con el tema de "Niños escolarizados víctimas del abuso sexual".

Objetivos generales:

- Identificar, la prevalencia del abuso sexual infantil en las personas adictas a sustancias psicoactivas internadas en un dispositivo de atención a la patología.
- Identificar y describir la presencia de factores asociados a la adicción de sustancias psicoactivas en personas internadas en un dispositivo de atención a la patología.

Objetivos particulares:

- Describir la prevalencia de violencia familiar, como factor de riesgo asociado a la presencia de adicción de sustancias psicoactivas en personas internadas en un dispositivo de atención a la patología.
- Evaluar si existen diferencias significativas de la presencia de abuso sexual infantil en las personas adictas a sustancias psicoactivas internadas en un dispositivo de atención a la patología, según sexo, proveniencia del agresor (intrafamiliar o extrafamiliar) y condición de víctima o testigo
- Identificar si existen diferencias significativas en la duración del tratamiento entre aquellas personas víctimas del abuso y aquellas que no lo fueron.

Hipótesis

La tasa de prevalencia de la violencia familiar en general y del abuso sexual infantil, resulta superior a las tasas de prevalencias de factores de riesgo asociados a la adicción de sustancias psicoactivas en personas que realizan tratamiento de internación en un dispositivo de atención de la patología

Métodos y técnicas

A los fines de la elaboración del presente proyecto, se realizó una aproximación a las respectivas direcciones de las instituciones de internación que en el Partido de General Pueyrredón trabajan en la problemática. Habiendo conseguido por el momento de modo verbal en una de ellas, una aceptación de acceso a la información. Ambas instituciones supeditan la autorización final, a la corroboración de la aprobación del proyecto, por las autoridades de la Facultad de Psicología.

A los fines de acceder a los datos, se ha de volcar en una Matriz construida ad-hoc, la información relevante proveniente de los legajos de cada uno de los pacientes que han pasado por el proceso de tratamiento.

Se intenta realizar lecturas de perfil y estadísticas descriptivas de variables sociambientales tales como: sexo; edad; estado civil; nivel de instrucción; condición laboral; condición de residencia; etc.. Luego aquellas variables más específicas de la patología como por ejemplo: edad de inicio de consumo; droga de inicio; consumo actual; años de consumo; comorbilidad; tratamientos anteriores; heteroagresividad; autoagresividad; etc. Por último específicamente aquellas asociadas a la hipótesis de trabajo tales como: Violencia familiar; tipo de violencia; abuso sexual; tipo de abuso; agresor; etc.

Con el fin de cruzar la información obtenida mediante el relevamiento de las historias clínicas, se ha de entrevistar a los miembros del Equipo Técnico, a quienes se indagará acerca de aquellos datos que no figuran en los legajos y que podrían ser pertinentes para el objetivo de esta investigación. La



información a relevar estará relacionada con la presencia o no del abuso sexual y las características del mismo (intrafamiliar, extrafamiliar, etc.).

Lugar de realización del trabajo

Considerando la existencia de dos centros de internación en el Partido de General Pueyrredon, la investigación se llevara a cabo en por lo menos una de ellas.

La que pertenece a la red pública de atención, se ha manifestado desde su dirección y su equipo, interesados en la realización del trabajo. Solo se necesita la confirmación documental de tal actividad.

Cronograma de actividades

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
Elaboración del marco teórico						
Permisos Institucionales						
Construcción del instrumento						
Recolección de datos						
Análisis de información						
Redacción del informe final						

Bibliografía básica de referencia.

- American Psychiatric Assosation (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un Modelo integrativo*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández Sampieri, R ; Fernández Collado, C y Pilar Baptista, L (1998). *Metodología de la Investigación*. (2a. ed.). México, D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Ley 23.737 sobre Tenencia y Tráfico de estupefacientes. (1989, 21 de septiembre). Argentina: La Ley
- Ley provincial 12.569 sobre Violencia Familiar. (2001, 2 de enero). La Plata, Argentina: La Ley.
- Ley nacional 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. (1994, 7 de diciembre). Buenos Aires, Argentina: La Ley.
- LLarull, G. (2008). *La Familia que Familia*. Segundo Congreso de Psicología de la UNMDP, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Desarrollo Social Subsecretaria de Atención a las Adicciones (s.f.). Recuperado el 3 de Julio de 2011, de <http://www.sada.gba.gov.ar/institucional/quienes.php>
- Miotto, N. (2001). Abuso sexual de menores. Complejidad diagnostica Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica (ed.), *Anales IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica*- Madrid (pp. 31-57). Madrid, España.
- Mugnaga, M. (2009). *Algo más sobre la violencia familiar*. Ficha de circulación interna no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.

- Perrone, R y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas. Buenos Aires: Paidós
- Sullivan, E. (1998). *Uso indebido de drogas*. Ficha de circulación interna no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
- Todd y Stanton. (1985). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España: Gedisa.
- Zamorano, E. (2008) *.Dispositivo de atención en adicciones*. Ficha de circulación interna no publicada, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.



Firma del Alumno

Marina Chalde Anchorena



Firma del alumno

Florencia García Camarero



Firma del Supervisor

Lic. Graciela LLarull

APROBADO
 7/10/11

 S. Sangujo

La que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Chalde Anchorena, Marina C. y García Camarero, Ma. Florencia matriculas N° 7601/06 y 7390/06 conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 7 días del mes de Mayo del año 2012.

LLarull Graciela

Supervisor



Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Chalde Anchorena, Marina C. y García Camarero M. Florencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse sin el previo consentimiento de los autores.


Informe de la Directora:

Dejo constancia que las alumnas ha realizado la investigación con sumo interés en la indagación de una problemática recurrente, manifestando compromiso y rigor científico, resolviendo situaciones y generando alternativas apropiadas al curso de la exploración.

La presente investigación, con su aporte, abre un camino de exploración relevante al Grupo de Investigación que dirijo sobre la Psicología Jurídica por tener datos de problemáticas significativas como el ASI y las Adicciones y sus posibles efectos tanto individuales como sociales. Además posibilita nuevos conocimientos a otros ámbitos de la Psicología.

.....
Directora: Lic. Graciela Llarull

Grupo de investigación



INDICE GENERAL

INTRODUCCION

.....1

ABUSO SEXUAL INFANTIL

- La regulación del maltrato infantil a lo largo de la historia 2
- La violencia y sus tipos10
- Características del abuso sexual infantil.....13
- El abuso sexual como suceso traumático y su influencia en la estructuración de la personalidad..... 17
- Caracterización de los trastornos de la personalidad.....20

ADICCIONES

- La adicción como problemática actual23
- Dispositivo de tratamiento en adicciones.....30
- Abordaje de la problemática desde diferentes sistemas psicológicos..... 37
- Regulación legal de las adicciones.....44

ANTECEDENTES

.....47

METODOLOGIA

..... 51



RESULTADOS

- Descripción de la muestra general 52
- Descripción del porcentaje de la muestra víctima de abuso sexual infantil...62

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

.....69

BIBLIOGRAFIA

.....73

INTRODUCCIÓN

La cuestión del abuso sexual infantil es hoy en día un punto significativo de atención en varios países del mundo. Esto puede asociarse a la creciente lucha contra la violencia familiar y la protección de los niños, niñas y adolescentes. Nuestro país adhiere a la Convención Internacional de los Derechos del Niño instituyéndolos como sujetos de derecho y no ya como objetos de protección.

En relación al consumo de estupefacientes se puede considerar al mismo tan antiguo como la humanidad. Generalmente se lo ha asociado a la búsqueda de placer y a la evitación del dolor. Durante la década de los noventa en la Argentina se produjo la descentralización del estado, debido a la implantación del sistema económico Neoliberal, trayendo como consecuencia la caída de las principales instituciones proveedoras de los marcos simbólicos reguladores de los vínculos sociales. A partir de dicho momento el consumo de drogas forma parte de todas las clases sociales sin ser exclusivo de las clases altas como en épocas anteriores, apareciendo nuevas sustancias que resultan ser económicamente accesibles así también como mayormente nocivas.

Diversos estudios e investigaciones han puesto de manifiesto la relación existente entre el abuso sexual infantil y la problemática de la adicción. Encontrándose una fuerte asociación entre las formas de violencia sexual en la infancia y el abuso de psicofármacos. Podría pensarse entonces dicho trauma como un factor de riesgo.

Por lo expuesto anteriormente esta investigación tendrá por objetivo principal identificar la prevalencia del abuso sexual infantil así también como de otros factores de riesgo asociados a la adicción de sustancias psicoactivas en personas internadas en un dispositivo de atención a la patología. Y que a partir de la presente se puedan abrir nuevos interrogantes y líneas de investigación en relación a la temática a través de los datos obtenidos, pudiendo ser el punto de partida para futuros programas de prevención no solo de la adicción sino también de la violencia infantil.

Palabras Clave

Adicción- abuso sexual infantil- violencia- comunidad terapéutica.

ABUSO SEXUAL INFANTIL

La Regulación del Maltrato Infantil a lo Largo de la Historia.

En la actualidad la palabra abuso sexual infantil es utilizada corrientemente por diversos medios de comunicación a los cuales gran parte de la población puede tener acceso, dejando de ser esta palabra un tabú para la sociedad, dándose un proceso de visibilización del mismo, lo que ha permitido el aumento de las denuncias así como el abordaje de esta problemática a través de diferentes dispositivos, dando lugar a diversas investigaciones. Muchas de estas han revelado que desde la antigüedad existieron una larga y triste secuencia de abusos cometidos contra los niños (maltrato, mortalidad infantil, abandono, negligencia, palizas, encierros, abuso sexual, etc.)(Sullivan, 2010).

Desde la antigua Grecia han existido adultos dispuestos a exponer a los niños ante situaciones de riesgo terminando con su niñez y hasta con su vida, arrojándolos en muchas ocasiones hacia un final terrible. (Creimer.E, Mosca. M, Catera.S, 2011)

Según Mosterin (2003) el concepto de infancia como categoría psicosociológica reconocida comienza a esbozarse promediando el siglo XVI cobrando fuerza con la instauración de la familia moderna, la separación de la vida pública de la privada, produciéndose un pasaje desde la indiferencia y el desapego afectivo hacia los niños a la preocupación por su suerte. Encontrando relaciones de causalidad entre la posibilidad de supervivencia del niño y los cuidados que se le prodigan.

Según Sullivan (2010) el estado como benefactor producto de la sociedad moderna, ha intentado a través de sus políticas brindar asistencia y ayuda a los sectores marginados de la sociedad, entre ellos la infancia no reconocida hasta ese entonces. A partir del siglo XX se han producido cambios en torno a la posición que los adultos deberían adoptar hacia los niños, protegiendo y promoviendo sus derechos. Esta situación se ha visto reflejada en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la cual “supone una ruptura paradigmática en relación al trato y al lugar jurídico que se le otorga a la infancia”. (Sullivan, 2010 p.3).

La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York el 20 de Noviembre de 1989, se baso en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos los cuales proclaman que :

“Toda persona tiene todo los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. (Preámbulo, pág. 1)

En resumen, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1990) considera que el niño:

- Por su falta de madurez física y mental necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.
- Es todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad.
- Deberá ser protegido por los estados parte contra toda forma de discriminación y castigo.
- En todas las medidas, que las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, tomen en relación a él deberán tener como consideración primordial su interés superior. Entendiéndose este como las acciones tendientes a favorecer su pleno desarrollo físico, psicológico, educativo, cultural, moral, espiritual y social para lograr el desenvolvimiento de sus potencialidades y el despliegue integral y armónico de su personalidad.



- En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los estados partes adoptaran las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la convención, hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.
- Tendrá desde que nace derecho a un nombre y adquirir una nacionalidad y en la medida de lo posible conocer y ser cuidado por sus padres, así también como a preservar su identidad.
- Los estados partes velaran porque no sea separado de sus padres contra la voluntad de estos excepto cuando a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño.
- No sea retenido en el extranjero ni producto de traslados ilícitos.
- Tendrá oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial que lo afecte.
- Tendrá derecho a la libertad de expresión, de pensamiento, de conciencia y de religión.
- Tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tenga por finalidad promover su bien estar social, espiritual y moral, así como su salud física y mental.

- Tiene derecho a ser criado por ambos padres, compartiendo estos últimos las mismas obligaciones.
- Temporal o permanentemente privado de su medio familiar o cuyo superior interés exija q no permanezca en ese medio, tendrá derecho a la protección y asistencia especiales del estado. Los estados garantizaran otros tipos de cuidados para esos niños, entre esos figuraran entre otros, la colocación en hogares de guarda, la adopción o de ser necesario la colocación en instituciones adecuadas de protección de menores.
- Podrá ser adoptado cuidando que su interés superior sea la consideración primordial.
- Que sea mental y físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad.
- Tendrá derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.
- Tendrá derecho a la educación.
- Tendrá derecho a participar plenamente en la vida cultural y artística propiciándole oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.

- A estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.
- Deberá ser protegido contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícito de esas sustancias.
- Será protegido por los estados partes contra todas las formas de explotación y abusos sexuales con este fin los estados partes tomarán en particular, todas las medidas de carácter nacional , bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:
 - a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal;
 - b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales;
 - c) La explotación del niño en espectáculos y materiales pornográficos.
- Será protegido para impedir el secuestro, la venta o la trata para cualquier fin o en cualquier forma.
- Sea privado de libertad será tratado con la humanidad y el respeto que merece, la dignidad inherente a la persona humana.

- Que haya sido víctima de cualquier forma de abandono, explotación, abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, o conflictos armados será asistido por los Estados Partes quienes adoptaran todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica, así también como su reintegración social.

Argentina ratifica la Convención sobre los derechos del niño en el año 1990 formulando reservas sobre los incisos b, c, d y e del artículo 21 de la Convención y manifiesta que no regirán en su jurisdicción por entender que para aplicarlos debe contarse previamente con un mecanismo de protección legal del niño.

Estas cuatro reservas se conocen Internacionalmente como la Doctrina Argentina:

- 1) Se considera al niño desde el momento de la concepción. Mientras que en la Convención se presenta una ambigüedad de definición, en el preámbulo se considera niño desde el momento de la concepción y en el articulado desde el momento del nacimiento.
- 2) Argentina rechaza la participación de los niños en las guerras, sosteniendo la convicción de que la guerra no debe constituir un ámbito en el cual se desarrolle el crecimiento y la maduración de los adolescentes. En cambio la Convención establece la edad de 1 años como límite inferior aceptable para participar en el ejército.
- 3) Excluye los mecanismos de adopción internacional, garantizando un hogar argentino para el desarrollo de todo niño de dicha nacionalidad, asumiendo una responsabilidad ineludible. (Mosterin, 2003)
- 4) En cuanto a la planificación familiar se afirmó que el Estado se encargara de proveerle los mecanismos de información para que cada una de estas pueda asumir

U.N. M.d.P.

la responsabilidad acerca de la planificación. Se reafirma así un derecho inalienable, la capacidad de procreación y reproducción humana en el marco de mayor nivel de posibilidad afectiva y de organización dentro de la familia. (Mosterin, 2003).

La Convención sobre los Derechos del Niño ratificada por Argentina, ha servido como base para la normativa que actualmente rige en nuestro País. Sumándose también como antecedentes:

- La Ley 12.607 de Protección Integral de los Derechos del Niño y del Joven (derogada por ser declarada inconstitucional).
- Ley Provincial 13.163 Régimen especial para municipios que actúen como agentes de recaudación, Modificatoria de la 13.010 crea el fondo de fortalecimiento de programas sociales.
- Decreto 609/04 Reglamenta la utilización del Fondo estableciendo los coeficientes de distribución según índices de vulnerabilidad social.
- Bases del Ministerio del Desarrollo Humano para la aplicación del Fondo de Fortalecimiento de Programas Sociales.

A partir de estos se sancionan la Ley Nacional 26.061, Leyes Provinciales 13.298/13.634/13.345 y sus decretos reglamentarios. Dando lugar a un cambio de Paradigma, de la situación irregular de Menores –Patronato de Menores- al de Promoción y Protección Integral de Los Derechos del niño/as y adolescentes.

Uno de los cambios más importantes lo constituyen la desjudicialización de la pobreza y asuntos asistenciales, los niños y jóvenes son vistos como sujetos de derechos y no ya como menores objetos de protección, no ameritando intervención

Judicial, ya que las medidas serán tomadas por los Servicios Locales y El Servicio Zonal de Promoción y Protección de los Derechos del Niño y los juzgados de Familia, fundamentadas en evitar la separación del niño de su entorno familiar. Ante la presencia de motivos graves que pongan en riesgo al niño y ameriten la separación de este de su familia se podrán aplicar medidas de abrigo y guarda institucional. (Rodríguez. F. 2007)

En la anterior normativa el niño era visto como "incapaz", no teniéndose en cuenta su opinión, el Juez decidía acerca del futuro de los menores poseyendo facultades omnímodas, definiéndoselo como Paternalista. Hoy en día se considera al niño como una persona en desarrollo con capacidades progresivas, centrándose las decisiones en su interés superior, el sistema deja de ser centralizado y se crean organismos administrativos a nivel local y regional que limitan al Juez por garantías y derechos. (Rodríguez. F. 2007)

Los jóvenes en conflicto con la ley se encuentran regulados por la Ley Provincial 13.634, de los Principios Generales del Fuero de Familia y del Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil, esta como el decreto 300 cubren los vacíos en la 13.298.

En el Patronato de Menores la privación de la Libertad era regla, actualmente constituye una medida excepcional en caso de infracción rigiendo por un tiempo determinado con el fin de promover la resocialización. (Rodríguez. F. 2007)

La Violencia y Sus Tipos

La Organización Mundial de la Salud (2002, p.4) define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

Esta definición abarca una amplia gama de actos, que incluyen no solo los físicos sino también los psicológicos, como las amenazas e intimidaciones que resultan a menudo menos notorias, así también los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades.(OMS 2002)

“Para que la conducta violenta sea posible tiene que darse una condición, la existencia de un desequilibrio de poder”. (Mugnaga, 2009, p. 1)

Con respecto a la violencia familiar cabe definir a la misma teniendo en cuenta la ley provincial de Protección contra la violencia familiar en la cual se la define como “toda acción, omisión, abuso, que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o la libertad de una persona en el ámbito del grupo familiar, aunque no configure delito” (Art Nro. 1 de la ley provincial 12.569)

Según Mugnaga (2009) las estadísticas demuestran que las víctimas más frecuentes de violencia familiar son los niños, las mujeres, los ancianos y los discapacitados debido al género, la edad y la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran. Al hablar de vulnerabilidad cabe citar a Eva Giberti (2005) quien la define como una imposibilidad de defensa frente a los hechos traumatizantes o dañinos debido a la insuficiencia de recursos

psicológicos defensivos como también puede deberse a la falta de apoyo externo o a la incapacidad que tenga la persona para adaptarse al nuevo escenario generado por los efectos de la situación riesgosa.

A partir de considerar a la infancia como etapa de riesgo resulta pertinente definir el maltrato infantil, si bien no existe una definición única ni una delimitación precisa de sus expresiones. Generalmente se lo define como toda conducta que por acción u omisión produzca daño físico, psíquico o sexual a un niño, afectando el desarrollo de su personalidad. (Mugnaga 2009)

Los tipos de maltrato infantil que serán tomados como variables a tener en cuenta en la presente investigación fueron definidos por Mugnaga (2009) como:

Maltrato físico: considerado como el empleo de la fuerza que pueda causar daño sobre el cuerpo del niño. Es cualquier acción no accidental por parte de los padres o tutores que provoque daño físico al niño. Esta forma de maltrato puede manifestarse a través de golpes, quemaduras, fractura, mordiscos, etc.

Maltrato psicológico: se manifiesta a través de comportamientos que atacan la dignidad del otro, la exposición sostenida a este tipo de maltrato anula progresivamente la capacidad defensiva de la víctima. Es la forma más destructiva de maltrato apunta a la seguridad y la confianza de la víctima, no genera efectos inmediatos pero si a largo plazo como: cuadros depresivos, trastornos psicosomáticos, estados de ansiedad generalizada, entre otros. Algunas de las formas en que se manifiesta este tipo de violencia son: el maltrato verbal, la privación de recursos, las amenazas, la descalificación constante, las burlas, los gritos, etc.

Maltrato sexual: son aquellas situaciones en las cuales un adulto utiliza el poder para obtener satisfacción sexual en la relación con un niño.

Maltrato económico: hace referencia a la explotación laboral de los niños por parte de los adultos. Los padres o tutores obligan al niño a realizar trabajos no apropiados para su edad con el objetivo de obtener un beneficio económico propio, este tipo de trabajos interfieren en la vida cotidiana del niño perjudicando su desempeño escolar y su vida social.

Características Del Abuso Sexual Infantil (ASI)

El National Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) realiza una de las definiciones más completas y reconocidas del ASI, el mismo comprende “los contactos e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando (el agresor) está en una posición de poder o control sobre otro menor” (Save the Children, 1998, p. 2)

Desde el punto de vista psicológico forense se podría definir al ASI como la “involucración del niño o del adolescente por parte del adulto en actividades sexuales que ellos no pueden dimensionar, sobre las que son incapaces de dar un consentimiento válido”. (Miotto, 2001, p. 32)

Siguiendo los aportes de Barbero Fuks (citado en Volnobich, S/F) el ASI supone una relación de poder en la cual se explota a los niños con el objetivo de que el adulto o niño significativamente mayor consiga alcanzar el placer sexual. Quedando de esta manera el abuso sexual definido por una relación de poder y por la incapacidad de los niños en dar un consentimiento informado.

Desde la perspectiva jurídica, la ley 25. 087 sobre Delitos contra la Integridad Sexual, modificación del Código Penal de la Nación Argentina, en su artículo 2 pena al que:

... abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando esta fuera menor de 13 años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.
(Argentina. Ley Nro. 25.087 sobre Delitos contra la Integridad Sexual)

En la categoría de abuso sexual se pueden incluir conductas físicas como: violación, penetración digital, exposición (mostrar los órganos sexuales), coito vaginal o anal, penetración anal o vaginal con un objeto, caricias (tocar los genitales de otro), contactos genital oral, obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con los animales. Además de estas la explotación sexual forma parte del ASI, la misma incluye: implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía, promover la prostitución infantil, obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas y el voyeurismo. (Save the Children, 1998)

Miotto (2001) realiza un listado de las conductas más frecuentes en niños/as víctimas del ASI entre estas menciona:

- Actitudes de abierto sometimiento.
- Conductas agresivas con tendencia a externalizar el conflicto.
- Comportamientos seudomaduro o sobre adaptado.
- Indicios de actividades sexuales.
- Juegos sexuales persistentes e inadecuados con niños de la misma edad, con juguetes o con sus propios cuerpos, o conductas sexualmente agresivas hacia los demás.
- Comprensión detallada e inapropiada para la edad de comportamientos sexuales.
- Permanencia prolongada en la escuela, sin ausentismo.
- Mala relación con sus pares y dificultades para entablar amistades.
- Desconfianza hacia sus figuras significativas.
- Falta de participación en actividades escolares y sociales.
- Disminución brusca del rendimiento escolar.
- Temor exacerbado hacia los hombres y conductas seductoras hacia los mismos.
- Trastornos del sueño.
- Fugas del hogar
- Conductas regresivas
- Retraimiento
- Depresión clínica
- Ideación suicida.

Roland Summit citado en Creimer et al. (2011) establecen fases esperables por las cuales atraviesa el niño víctima:



- a) Secreto: el abusador utiliza consignas que confunden al niño mostrándole lo normal de su accionar y en el afecto depositado en él de esta manera logra que el niño se sienta responsable de guardar el secreto. Ante la resistencia del niño a preservar el secreto, debido a la interacción con sus pares, el victimario comienza a utilizar las amenazas, las mismas van dirigidas a él o hacia sus seres queridos. Entre las amenazas más frecuentes se encuentra la anticipación de los hechos que pueden suceder si se viola el secreto (la judicialización, la cárcel para el abusador, el desamparo económico y la desintegración familiar)
- b) Desprotección: surge por la desigualdad de poderes que existe en los vínculos anómalos en los cuales se evidencia la presencia de una figura de autoridad.
- c) Atrapamiento y acomodación: el niño aprende a través del abuso sexual sostenido a naturalizar esa realidad adaptándose a la misma.
- d) Revelación tardía: ya sea por descubrimiento de un tercero (accidental) o de manera intencional se produce un quiebre defensivo en el cual se da a conocer el ASI. Generalmente dichas revelaciones se producen tardíamente resultando casi excepcional luego del primer hecho de abuso.
- e) Retracción: ante la ausencia de un entorno familiar contenedor los niños muchas veces se retractan para evitar las nuevas formas de abuso a las cuales se encuentran sometidos, es decir se produce una segunda victimización o victimización secundaria,

“entendida como el impacto negativo que recibe la víctima cuando busca una reparación en las instituciones encargadas de ello”. (Gardiner, 2011, pág. 122).

El Abuso Sexual Como Suceso Traumático Y Su Influencia En La Estructuración De La Personalidad

La víctima de abuso ha recibido un “balazo en su aparato psíquico” (Intebi 1998, pág. 173). La criatura experimenta una experiencia difícil de tramitar y de transmitir, viviendo una situación de confusión que puede llegar a modificar su estado de conciencia. (Rozanski, citado en Volnobich S/F)

Desde una perspectiva psicoanalítica y siguiendo los aportes brindados por Nudel:

El abuso se constituye en trauma, entendiendo por tal al acontecimiento psicofísico social que atraviesa la barrera de protección yoica. El trauma deteriora las funciones yoicas, su capacidad de asimilación, de tramitación de estímulos tanto internos como externos, en lo individual y en los vínculos... El trauma produce un agujero de representaciones... se opone a estar con otros al reconocimiento del otro diferenciado en sus funciones... (Nudel, 2011, pag.127)

El ASI constituye uno de los traumas psíquicos más importantes, sus consecuencias son muy negativas e influyen de esta forma en la estructuración de la personalidad. (Miotto 2001). Se puede definir a la personalidad tomando los aportes de Millon y Davis (1998) como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, por lo

tanto difíciles de cambiar y en su gran mayoría inconscientes, que se expresan automáticamente en todas las áreas de funcionamiento del individuo.

Como se menciona líneas atrás el ASI impacta negativamente en el desarrollo de la personalidad, la adolescencia es la etapa en la cual la misma comienza a definirse, provocando en las víctimas cierta sintomatología, con sus efectos devastadores a largo plazo.

Ponce de León (S/F) nombra algunas de las consecuencias a largo plazo que puede sufrir un adolescente que ha sido víctima de ASI, las mismas se podrían agrupar en conductuales, emocionales, sexuales y sociales.

Dentro de las primeras se encontrarían el intento de suicidio, el abuso de drogas y alcohol y el trastorno disociativo de la identidad.

Como consecuencias emocionales se podría incluir la depresión, ansiedad, baja autoestima, la dificultad para expresar sentimientos y el síndrome de estrés post-traumático entre otras.

Respecto a las sexuales muchas veces acontecen fobias y disfunciones sexuales, falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo, alteraciones de la motivación sexual, dificultad para establecer relaciones sexuales autovaliéndose como objeto sexual.

Por último la autora elabora un listado de las consecuencias sociales, entre ellas los problemas de relación interpersonal. aislamiento, dificultades de vinculación afectiva con

los hijos, y mayor probabilidad de sufrir revictimización como víctima de violencia por parte de la pareja.

Diversos trabajos llevados a cabo en el ámbito de la Psiquiatría y la Psicología han demostrado que en el desarrollo de la personalidad intervienen tanto factores biológicos como ambientales produciéndose una interacción entre estos. (Roberts BW, Wood D, Caspi A, 2008). Ya desde las primeras investigaciones acerca de la histeria desarrolladas por Breuer y Freud (1895) se teorizaba sobre como las experiencias traumáticas acontecidas en la infancia podían influir psicopatológicamente en el desarrollo de la personalidad.

Investigaciones realizadas en la ciudad de Nueva York por Chess y Thomas (1996) han sostenido que el genotipo, temperamento, presente desde la niñez se manifestara de una u otra manera en la personalidad adulta de acuerdo a las experiencias ambientales que ha vivido el individuo. Uno de los factores ambientales destacado por estos autores lo constituye el abuso sexual en la infancia tomado como factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de personalidad en la adultez de diversa índole.

Según el DSM-IV (2002) un trastorno de la personalidad se define como un patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía notablemente de las expectativas culturales y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de impulsos. Además el patrón de personalidad es inflexible y desadaptativo causando malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo.

Este manual clasifica los mismos en tres grandes grupos A –B y C.

En cuanto al grupo A el mismo incluye el trastorno paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. En el segundo encontramos los trastornos antisocial, histriónico, límite y narcisista. Y en el último grupo se encuentran las personalidades dependientes, evitativas y obsesivo compulsiva.

Caracterización De Los Trastornos De La Personalidad

El DSM IV (2010) caracteriza a los trastornos de personalidad como “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.” El mismo se hace presente en dos o más de las siguientes áreas: cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos.

Resultando dicho patrón inflexible, estable y de larga duración, comienza en la adolescencia extendiéndose a diversas situaciones tanto a nivel social como personal, no pudiendo ser atribuido a otro trastorno mental, efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica.

Debido al malestar clínico que este tipo de trastorno provoca, el área social, laboral y demás que resultan importantes en la vida del sujeto se ven afectadas. (DSM IV 2010)

Grupo A

Trastorno paranoide: siguiendo los criterios diagnósticos del DSM IV (2002) el mismo se caracteriza por la “Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad

adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas...” El mismo aparece en diversos contextos.

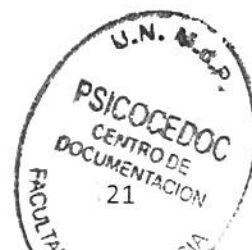
Trastorno esquizoide: podría resumirse brevemente como un trastorno que comienza al principio de la edad adulta desarrollándose en diversos contextos. Se ve afectado en general el plano de las relaciones interpersonales, restringiéndose la expresión emocional en el mismo, de esta manera la persona toma una posición de distanciamiento en relación a los otros. (DSM IV, 2002)

Trastorno esquizotípico: al igual que los demás trastornos descritos anteriormente comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos caracterizándose por ser un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento.

Según investigaciones realizadas por los autores Lobbestael , Arntz y Bernstein (2010, citado en Pereda et al 2011) Existen pocos trabajos que hayan explorado la relación entre la presencia de abuso sexual infantil y los trastornos de personalidad del grupo A.

Grupo B

Trastorno Antisocial: Según el DSM IV (2010) se lo define como “un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años” y continúa durante la edad adulta.



Según afirman Maxfield y Widomel (1996 citado en Pereda et al, 2011) el haber sido víctima de abuso durante la niñez podría favorecer la aparición de rasgos violentos en un futuro por parte de la víctima, denominando a este fenómeno como la transmisión intergeneracional de la violencia, incrementando así un 30% la posibilidad de llegar a ser victimario una vez en la vida adulta.

Por su parte, Semiz, Başoğlu, Ebrinç y Cetin (2007 citado en Pereda et al, 2011) estudiaron la relación entre los acontecimientos traumáticos en la infancia y el desarrollo del trastorno de personalidad antisocial, observando una elevada prevalencia de victimización, entre ellas el abuso sexual en personas que presentaban dicho diagnóstico.

Trastorno Límite: Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos. (DSM IV, 2010) Este tipo de psicopatología podría expresarse a través de conductas adictivas, trastornos alimenticios y conductas sexuales promiscuas, entre las más frecuentes.

La experiencia de abuso sexual infantil puede activar el sistema hipotalámico-pituitario-adrenal lo que, relacionado con una hiperactivación del sistema serotoninérgico, puede hacer que se manifiesten conductas impulsivas. (Meza-Rodríguez 2007, citado en Pereda et al, 2011)

Trastorno histriónico: definido según el DSM IV (2010) como un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos.

Trastorno narcisista: comenzando al principio de la adultez y desarrollándose en diferentes contextos consiste en un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía. (DSM IV, 2010)

Grupo C

“Los trastornos del grupo C se caracterizan por una alta incidencia de los síntomas relacionados con la ansiedad y el retraimiento social.” (Pereda et al, 2011, p. 1).

Trastorno Por Evitación: el mismo es definido por el DSM IV (2010) por constituir un patrón general de inhibición, sentimientos de inferioridad e hipersensibilidad. Al igual que los otros trastornos comienza en la edad adulta extendiéndose a diversos contextos.

Trastorno Por Dependencia: Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos. (DSM IV, 2010)

Trastorno Obsesivo Compulsivo: el DSM IV (2010 citado en Pereda et al, 2011) lo define como una preocupación excesiva por el orden, lo perfecto y el control mental e interpersonal, a costa de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia.

ADICIONES

La Adicción Como Problemática Actual

Según Sullivan (1997) las drogas acompañan al hombre desde el inicio de la humanidad, las mismas han sido utilizadas como medios en la lucha por la supervivencia, asociándose desde un principio a la búsqueda del placer y a la evitación del dolor.

A partir de la década de los 60 empieza a extenderse y a redistribuirse la droga a todas las clases sociales y deja de ser exclusiva de las clases altas. (Sullivan, 1997)

En la actualidad los medios de comunicación contribuyen con el imaginario social uniendo el consumo de drogas con la violencia, los delitos y la inseguridad. (Zamorano 2008)

Se estima que el consumo de drogas ilegales es una problemática que abarca alrededor de un 10 % de la población mundial, en diversos países esta situación implica grandes dificultades en torno a la salud pública, ya que el abuso y la adicción a sustancias determinan graves trastornos sociales, legales y modifican de manera alterada la salud mental de las personas. (Guajardo, H & Kushner, D, 2004)

Marchiori (1990) utiliza la definición de toxicomanía dada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) conceptualizándola como:

- Invencible deseo o necesidad de continuar consumiendo una droga y procurársela por todos los medios.
- Tendencia a aumentar la dosis.

- Dependencia de orden psíquico y a veces físico con respecto a los efectos de la droga.

Según Zamorano (2008) se considera a la adicción como una patología crónica y progresiva, crónica debido a que esta patología se rehabilita, no se cura y progresiva ya que transita tres etapas diferenciadas, las mismas son: el uso, el abuso, la adicción o dependencia.

Uso

La persona consume de manera ocasional provocándose en ella una alteración del ánimo, tanto el estilo de vida como su ritmo no se ven alterados en esta etapa.

Abuso

En este periodo la persona por un lado intenta mantener el compromiso social existente pero por otro su forma de vida se relaciona a la adicción, empezando de esta forma a producirse progresivamente un deterioro de las relaciones sociales.

Adicción o Dependencia

En esta etapa se da una compulsión al consumo, la vida de la persona gira en torno a la droga y al cómo conseguirla, no se puede mantener el estado de abstinencia, se manifiesta lo que es la "personalidad toxica", produciéndose un cambio en los valores afectivos y espirituales del Sujeto.

Desde la perspectiva de Sullivan (1997) en esta última etapa el adicto se convierte en un inepto, no pudiendo ejercer control sobre sus conductas, dedica todo su tiempo a la búsqueda de drogas y a satisfacer su adicción.

El DSM IV (2010) divide a los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos:

1) *Trastornos Por Consumo De Sustancias* (Dependencia y abuso)

2) *Trastornos Inducidos Por Sustancias* (Intoxicación, abstinencia, delirio, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastornos del sueño).

En la presente investigación se hace hincapié en los trastornos por consumo de sustancias, por lo tanto para su descripción se utilizarán los criterios que el manual diagnóstico DSM IV utiliza para caracterizar tanto la dependencia como el abuso.

Los criterios para la determinación de la dependencia por sustancia son:

“Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un periodo continuado de 12 meses” (DSM IV, 1995, pág. 186)

- Tolerancia: el sujeto necesita aumentar las dosis de la sustancia para conseguir la intoxicación ya que las mismas cantidades de sustancia, producto del consumo continuado no producen el mismo efecto.

- Abstinencia: se toma la misma sustancia o una parecida para aliviar el malestar que produce su falta.
- Aumentan tanto las cantidades de sustancias consumidas y los periodos de consumo se prolongan.
- Todos los intentos de controlar o interrumpir el consumo se vuelven infructuosos a pesar del deseo persistente y el esfuerzo de la persona por lograrlo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia.
- Se ven alteradas y reducidas las actividades de las áreas sociales, laborales o recreativas.
- Se continúa consumiendo aunque se tenga conciencia de los problemas psicológicos o físicos ocasionados por la ingesta.

Los criterios para el abuso de la sustancia que caracteriza son:

“Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:” (DSM IV, 1995, pág. 188)

- Consumo recurrente de sustancias que provoca que el sujeto no cumpla con sus obligaciones (trabajo, escuela, tareas del hogar, descuido de los niños)

- La persona consume en situaciones que resulta peligroso hacerlo o es físicamente peligroso (accionar una maquina bajo los efectos de la sustancia, conducir un vehículo).
- Repetidos problemas de carácter legal relacionados con la sustancia.
- A pesar de poseer problemas sociales o interpersonales recurrentes exacerbados por los efectos de la sustancia, la persona continua con el consumo.

En cuanto a los efectos que el consumo de drogas produce en las diversas áreas de la vida personal cabe citar a Guajardo, H & Kushner, D, (2004) quienes describen el deterioro que la adicción a sustancias produce en:

- *Relaciones interpersonales.* Se alteran los vínculos familiares, de amistad y de pareja, aparecen interrupciones en la comunicación, aumento de las discusiones por pérdida de confianza y alejamiento.
- *Trabajo.* Se produce un deterioro de la productividad y una baja en el rendimiento, se utiliza el tiempo destinado al trabajo para la búsqueda de la droga o para recuperarse de sus efectos.
- *Economía.* Se destina el dinero a la compra de drogas por lo tanto este nunca es suficiente, en consecuencia se comienzan a buscar formas fáciles de conseguirlo y de este modo se incurre en deudas y delitos.

- *Salud psíquica.* existen una amplia gama de trastornos psicológicos que resultan comorbidos con la adicción como: trastornos de la personalidad, estados de ánimo negativos, irritabilidad, actitudes defensivas, pérdida de él autoestima, sentimientos de culpa, entre otros.
- *Conductas.* El interés del sujeto gira en torno a cómo conseguir la droga, comienzan las actitudes de egoísmo y egocentrismo “solo importo yo”.
- *Salud física.* La adicción conlleva a síntomas físicos como: trastornos del apetito, insomnio, fatiga, trastornos físicos y del área sexual.
- *Habilidades sociales.* El sujeto se aleja de las personas que no comparten su adicción, los vínculos que se habían construido antes de comenzar a consumir se debilitan, se postergan o desaparecen, se incorporan habilidades para relacionarse con el mundo de la droga.
- *Valores.* Se produce una inversión de la escala en valores, aparecen dificultades para distinguir entre lo bueno y lo malo.
- *Sentimientos.* Surgen la frialdad y la falta de empatía en relación a lo que les pueda suceder a todos aquellos que formaban parte de la vida de la persona antes del consumo.
- *Manipulación.* la persona adicta hace todo lo posible para engañar a los otros y cumplir con su objetivo.

- *Interés selectivo.* Se generan sentimientos de deuda y de compromiso extremo con aquellas personas relacionadas al consumo, se las justifica y se los enaltece en relación a los otros.
- *Falta de control.* Existe una falsa percepción de autocontrol frente a las drogas, esto es una ingenuidad ya que la voluntad resulta insuficiente para tratar de controlar el consumo.
- *Negación:* es el mecanismo psíquico defensivo que predomina en las personas con este tipo de problemáticas, se niega que la droga constituye un problema imposible de controlar o que los eventos negativos de la vida tengan alguna conexión con su uso. La negación puede asumir diferentes formas: negar terminantemente, minimizar, maximizar, justificar, racionalizar y victimizar.

Dispositivos De Tratamiento En Adicciones

Los trastornos adictivos han resultado un desafío para psiquiatras y psicólogos, esto ha llevado al descredito de los tratamientos tradicionales ya que son muchos los pacientes que han fracasado en el intento de dejar las drogas a través de terapias individuales. (Guajardo, H & Kushner, D, 2004)

El incipiente fracaso de las terapias individuales podría explicarse desde el punto de vista del psicoanálisis haciendo referencia a la diferencia que existe entre los neuróticos y los drogodependientes. Los primeros tratan de buscar en otro (psicólogo) un saber que les falta sobre su padecer, por lo tanto se instaura el vinculo transferencial

entre el paciente y el psicólogo, el neurótico tiene un interés por conocer su interior teniendo conciencia de que el problema está dentro de él, en cambio en el sujeto adicto se produce un desplazamiento de la causa, colocándola fuera suyo, haciendo del otro el responsable de su existencia y su padecer. (Sullivan, 1997)

La sintomatología del trastorno adictivo, compromete prácticamente a todos los subsistemas de la personalidad, aparecen síntomas como la manipulación, la mentira, la negación, la minimización y la ausencia de conciencia de enfermedad, bajo estas condiciones resulta casi imposible que se genere un vínculo terapéutico ya que el paciente busca crear una atmósfera terapéutica que le sea propicia a su objetivo de consolidar el consumo, por lo tanto el terapeuta termina siendo manipulado y engañado. (Guajardo, H & Kushner, D, 2004)

En la mayoría de los casos en las etapas tempranas de la adicción se ha detectado un fracaso en las terapias individuales, por lo cual generalmente se trabaja con dispositivos grupales. (Guajardo, H & Kushner, D, 2004). Las terapias grupales han sido consideradas como una de las formas más eficaces de intervención, una de sus ventajas fundamentales en relación al tratamiento individual es que son más breves y rentables, beneficio esencial para los pacientes, los terapeutas y para el sistema sanitario. (Pascual Fernández, 2006)

Según Yalom (citado en Guajardo, H & Kushner, D, 2004) los aportes más importantes de la terapia grupal se pueden describir como:

- Infundir esperanza: el hecho de compartir la experiencia grupal con otros compañeros que están en iguales condiciones o en etapas avanzadas del proceso, personas que han logrado superar obstáculos, genera fe y deseo de progreso.
- Universalidad: Constatar que el problema que el sujeto padece no es único sino común a otros.
- Altruismo: el grupo facilita el ser útil y sentirse útil.
- Facilita la socialización: por medio de la comunicación y la dinámica grupal.
- Aprendizaje mediante comportamiento imitativo: resulta fundamental el aprendizaje vicario, es decir, se aprenden nuevos hábitos por observación e imitación del comportamiento de sus compañeros.
- Catarsis: el grupo permite la posibilidad de ser escuchado brindando un espacio para que el sujeto pueda expresar en palabras su mundo interior.
- Aceptación: cuando el sujeto se siente aceptado por el grupo externo, puede posteriormente integrar y producir el cambio.
- Recapitulación de su grupo familiar primario: la dinámica grupal genera interacciones similares a lo que algún día fue su grupo familiar de origen.



- Factores existenciales: el grupo genera sentido de trascendencia, sentido de vida y responsabilidad.
- Cohesión: por medio de la participación el grupo genera un sentimiento de pertenencia en sus participantes.

Según Pascual Fernández (2006 p. 434-435) los objetivos que en general se consiguen en la terapia grupal son:

- a) Se reduce la negación y la huida, se facilita la toma de conciencia de la enfermedad y un mejor insight.
- b) Aumenta la motivación para la abstinencia.
- c) Permite el afrontamiento de las condiciones emocionales q acompañan al trastorno adictivo.
- d) Se mecaniza la necesidad de los pacientes de sentirse aceptados.
- e) Ante los precipitantes de una recaída, aumenta la capacidad de reconocer, anticipar y encontrar alternativas.
- f) El grupo facilita la introspección como consecuencia del proceso de modelado, al observar a los otros y tomarlos como modelos.

g) Contribuye con la aceptación de sentimientos personales a través del contagio emocional que se produce a partir de las vivencias de sentimientos y reacciones de los demás.

Según Zamorano (2008) cuando una demanda arriba a cualquiera de los espacios de salud en un primer momento se debería realizar un diagnóstico no solo de consumo sino también de otros ejes de la vida personal del sujeto, como ser el perfil de personalidad, la dinámica familiar y la esfera social para poder realizar una derivación adecuada a alguno de los diferentes tipos de intervención.

El autor menciona tres tipos fundamentales de dispositivos terapéuticos:

Unidades de Desintoxicación

La desintoxicación física es la fase inicial de un tratamiento, en la cual el sujeto debe suspender sus hábitos de abuso, su duración varía entre siete y quince días, dependiendo de la droga, tiempo y cantidad de consumo. Esta primera fase es condición necesaria para iniciar posteriormente un tratamiento psicológico. Se puede realizar en unidades hospitalarias, centros especializados o en el domicilio familiar, con estricto control sobre el sujeto y bajo la ayuda del profesional, el trabajo en esta fase generalmente es individual, aunque en algunas unidades se realizan tareas grupales.

Centros de Tratamiento Ambulatorio

Los pacientes permanecen temporalmente en las unidades de tratamiento, se trabaja con personas y familias que tienen un vínculo temporal directo o indirecto con el consumo de drogas. Las estrategias de intervención se centran en la asistencia médica psiquiátrica, psicológica y educativa para prevenir el aumento del consumo y las consecuencias negativas, además se brinda apoyo y orientación a la familia.

En función de la disposición horaria y riesgo del paciente, se trabaja en consultorios externos, casas de día, grupos de autoayuda para el paciente y familiares.

Comunidades Terapéuticas

Se la define a la comunidad terapéutica como una modalidad de tratamiento residencial, que “tiene lugar en un medio altamente estructurado, a través de un sistema de presión artificialmente provocado para que el residente actúe su patología frente a sus pares, quienes le servirán de espejo de la consecuencia social de sus actos. La persona tolera dicha situación de manera voluntaria y se ve envuelto en un clima de “alta tensión afectiva”. (Goti, 1997, pág.33)

Cuando se hace referencia a que es un *tipo de tratamiento residencial* esto se relaciona con que no es el único, y no solo las comunidades se basan en ser residenciales sino que existen otras modalidades de trabajo como podría ser la comunidad terapéutica de día. (Goti, 1997)

El tratamiento de internación está dividido en fases graduales, las cuales el sujeto deberá ir transitando y superando hasta llegar al abandono de la casa cuando se considera que se ha rehabilitado. (Sullivan, 1997)

Podría descomponerse la definición de Comunidad terapéutica diciendo que...

Tiene lugar en un medio altamente estructurado con límites y roles precisos, funciones claramente definidas y afectos controlados. (Goti, 1997)

Estos roles son asimilables a los existentes dentro de una familia. En donde los residentes funcionarían como hijos y hermanos, resultando asumidos los roles parentales por los operadores o el staff. Todo se encamina a que esa familia sea temporalmente una familia para el residente, el cual proviene la mayoría de las veces de grupos familiares en los cuales los roles no se encuentran precisamente definidos, sino por el contrario están alterados, desdibujados, los sentimientos poseen un carácter negativo, de ambivalencia, de culpa, rechazo, enojos y malos tratos. (Zamorano, 2008)

Como afirma Elena Goti (1997) En relación al sistema de presión altamente estructurado, no existe oportunidad en cual el residente pueda escapar a este sistema que ejerce un continuo control sobre el individuo. Al residente se le recuerda continuamente que no se encuentra en un lugar de descanso o tomando vacaciones, que le permita olvidar la realidad de la cual proviene, sino que todo lo contrario, es confrontado continuamente con la realidad de que ha llegado a ese lugar pidiendo ayuda para poder rehabilitarse de su adicción y para poder tener una vida diferente.

Esta presión que se menciona líneas arriba hará que el sujeto muestre sus aspectos de carácter, tanto positivos como negativos, trabajando justamente con estos últimos y alentando a seguir reforzando los primeros. “No tiene posibilidad de esconderse frente a esta nueva Familia que está alerta y dispuesta a no dejarlo engañarse, ya que cada uno de sus pares ha pasado o está pasando por lo mismo”. (Goti, 1997, p.34)

Sus pares le servirán de espejo de la “consecuencia social de sus actos”, los demás residentes le señalarán el efecto que cada uno de sus gestos, movimientos y actos producen en el resto. (Zamorano, 2008)

La persona no solo tiene que darse cuenta de cómo sus acciones y actitudes impactan en los otros, sino también como puede reparar los daños cometidos si así fueran y no volver a realizarlos nuevamente. Los residentes decide tolerar esta situación de manera voluntaria es decir que puede irse cuando desee de la comunidad terapéutica, resultando el deseo de cambiar de vida una elección de vida. (Goti, 1997)

Abordaje de la Problemática Desde Diferentes Sistemas Psicológicos

En Psicología existen diferentes sistemas teóricos cada uno de ellos tiene una visión global de la mente humana, del lugar que en su construcción ocupa lo biológico y lo social, de los asuntos centrales de la disciplina y los métodos para abordarlo. (Di Doménico, C & Vilanova, A. 2001)

A continuación se describirán brevemente los aportes de las principales corrientes en Psicología que han realizado aportes fundamentales al diagnóstico y tratamiento de las adicciones.

Modelo Psicoanalítico

“Se atribuye tal carácter benéfico a la acción de los estupefacientes en la lucha por la felicidad y en la prevención de la miseria, que tanto individuos como pueblos le han reservado un lugar permanente en su economía libidinal. Los hombres saben que con ese quitapenas siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones a su sensibilidad”. (Freud, 1929 Pág. 3026)

La adicción aparece como un modo de solución a la angustia, una especie de quitapenas, que además se corresponde con las propuestas de nuestros tiempos, la acción fundamental de la droga consiste en permitir la negación de una parte de la realidad modificando la percepción de los estímulos desagradables. (Bonzini de O Reilly, S 2000)

Las drogodependencias son ubicadas dentro de las patologías del acto, en el terreno de las impulsiones, de esta forma se entiende que un adicto es un sujeto en el que opero una profunda falla en el freno simbólico que imprime la metáfora paterna a la demanda de la madre, el sujeto es condenado a un goce sin medida producto de la falta de elementos simbólicos que frenen esta demanda. (Sullivan, 1997)

“El sujeto deseante es producto del eficaz ejercicio paterno de la ley, sin el cual el niño naufragaría en cualquiera de los modos de desubjetivación, abolido por pulsiones

acéfalas que pugnan por su satisfacción actuada, sin ninguna consideración por el principio de realidad” (Milmaniene. J, 1996 p.62) La adicción concierne mas al sujeto del goce que al sujeto de la palabra, el goce no es el placer sino que se lo puede ubicar más allá del principio de placer ósea en la dimensión de la pulsión de muerte. (Bonzini de O Reilly, 2000) Desde este modelo podría pensarse a la adicción como una conducta transgresiva a través de la cual el sujeto hace una llamada al reconocimiento amoroso del padre, cuya indiferencia lo arroja al campo del goce sin freno el cual aniquila toda subjetividad (Milmaniene. J, 1996)

Es importante tener en claro que no es el agente toxico sino el impulso a usarlo lo que hace de un individuo un adicto, el impulso a usar drogas es el reflejo de la abrumadora necesidad psíquica del individuo de fusión total con la madre, en un desesperado intento de resolver la tensión y la depresión. (Marchiori, 1990)

La operación analítica insistirá en vaciar de peso la sustancia y recuperar el peso de la palabra en su función normativa, a fin de lograr civilizar el goce desatado y localizar la pregunta por el deseo hasta ese momento ausente. (Bonzini de O Reilly, 2000) Se debe incluir la dimensión de la palabra que situé al sujeto frente a la acción interrogativa. Si una interrogación logra introducirse creando un espacio para la palabra, el sujeto será enfrentado con otra legalidad, aquella que lo devuelve y los sitúa en su dimensión, teniendo la opción de resignificarse en otro espacio, por lo tanto se debe hablar de la rehabilitación del sujeto al campo de la palabra, la interrogación inicial es la posibilidad de ser de la rehabilitación. (Degano, 1993).

Modelo Sistémico

Desde una perspectiva Sistémica la naturaleza crónica de la drogadicción se puede explicar desde el punto de vista de los sistemas familiares, no se insiste en la naturaleza histórica de la adicción sino en el funcionamiento familiar. (Stanton, M. D. y Todd, T.1985)

Los psicólogos sistémicos, realizaron notables aportes sobre fenómenos como la co-adicción, además, fueron pioneros en los diseños de investigación y evaluación de tratamiento. (Gonzales, S & Molla, L. 2009) En cuanto al fenómeno de la co-adicción se lo describe como “una condición por la cual una persona se convierte en muy dependiente de la otra (adicta), obsesionándose con la idea de cuidarla, protegerla; sufre por ella, pierde el sueño, le guarda comida, le limpia la ropa e inclusive, le da dinero para que consuma o le compra la droga para evitar problemas policiales, sin permitir que el dependiente asuma las consecuencias del consumo” (Zamorano, 2008 p. 5)

Este mecanismo, se da cuando uno de los miembros del grupo familiar a través de una sobreprotección excesiva facilita, sin quererlo, el proceso adictivo, entonces la co-adicción surge como consecuencia de dinámicas familiares en las cuales se alteran las líneas de autoridad y se generan alianzas disfuncionales entre los miembros. (Guajardo, H & Kushner, D, 2004). Según Zamorano (2008) la persona adicta crea culpa y el coadicto siente que si no la protege está siendo desleal y traicionero con la familia, este tipo de vínculos en los cuales se producen formas de adaptación al comportamiento del adicto, obstruyen el proceso de recuperación.



Desde este modelo se le da una importancia fundamental al tratamiento de la familia, sistema en el que está inmerso el adicto, los dispositivos familiares y de pareja resultan fundamentales en el trabajo con los coadictos.

Según González y Molla (2009) en el campo de las adicciones se vislumbran libros clásicos como: “La familia alcohólica” de Steinglaas (1988), y “Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas” de M.D. Stanton y T. Todd (1985). Estos últimos construyeron un modelo teórico y práctico que ha sido paradigmático del trabajo en adicciones, han integrado la Terapia Familiar Estructural de S. Minuchin con la Terapia Estratégica de Haley y llamaron a su enfoque “Terapia familiar estructural y estratégica” (1985, pág.105-109). Enfatizaron la mutua responsabilidad de la familia y el miembro adicto, en el funcionamiento familiar, desarrollando un método terapéutico que se concentra en la reestructuración jerárquica y en el logro de un distanciamiento óptimo del apego. Consideran que una familia se esquematiza, según sus jerarquías y alianzas o coaliciones, los problemas derivan de una estructura familiar rígida y disfuncional.

Stanton, M. D. y Todd, T. (1985) se refieren al ciclo adictivo, se considera que la drogadicción es un proceso cíclico que involucra a tres o más individuos, generalmente al adicto y sus dos padres, los mismos forman un sistema íntimo, interpersonal e interdependiente. Los padres en lugar de enfrentar los conflictos conyugales de larga data se concentran en los problemas de su hijo adicto, esto permite a los padres pasar del conflicto conyugal a un excesivo apego parental, es decir, se produce un movimiento que va desde una interacción diádica inestable a una interacción triádica más estable. Esta situación trae como consecuencia que el adicto empiece a comportarse de manera más competente y menos provocativa. A medida que el adicto revela una competencia

creciente, indicando que puede funcionar independientemente de la familia, los padres deben encarar conflictos previamente irresueltos. En este punto del ciclo se produce un crecimiento de las tensiones conyugales y surge la amenaza de separación. El adicto empieza a comportarse de un modo llamativo o autodestructivo, y el ciclo de la triada disfuncional continua. El surgimiento de este ciclo adictivo se produce generalmente en la adolescencia y se intensifica cuando el adicto manifiesta su intención de abandonar el hogar.

Desde la perspectiva de estos autores, la droga brinda una solución al dilema que atraviesan los padres al darle independencia o no a su hijo. Paradójicamente, le permite al sujeto estar simultáneamente cerca y lejos, dentro y fuera de la familia de origen. Esto es pseudoindividuación. El curso de un tratamiento exitoso puede describirse como un desplazamiento dentro de la tríada padres-adicto, desde una estructura inicial en que el adicto es considerado responsable de la inestabilidad del sistema hacia una eventual posición de responsabilidad compartida. Cuando el tratamiento logra que el adicto deje de crear problemas a la familia, esta enfrenta una crisis interpersonal. Por lo tanto para Stanton, M. D. y Todd, T. (1985) la crisis terapéuticamente inducida se puede considerar como la vía regia hacia la reorganización funcional y el cambio de la familia.

Modelo Cognitivo-Conductual

Según Guajardo, H & Kushner, D (2004) en el paciente adicto se producen alteraciones cognitivas como ideas irracionales, alteraciones en la percepción de la autoimagen ya que la persona se desvaloriza evadiéndose en el consumo, fallas graves en

la capacidad de resolución de conflictos, falta de control de la impulsividad, perdiendo la capacidad de autocontrol para evitar el consumo.

Con respecto a los tratamientos cognitivos-conductuales Pascual Fernández (2006) menciona tres modelos de intervención:

- *El Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento*: Se ha utilizado sobre todo en el tratamiento del alcoholismo. Estos pacientes carecen de habilidades para enfrentarse a situaciones sociales de la vida cotidiana, estas deficiencias conllevan a la aparición de estrés y aparece el consumo para enfrentar la presión social. Por lo tanto se pretende dotar al paciente de suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol, para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo de consumir. Algunas de las habilidades centrales que se pretenden fomentar son: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivos-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo.

- *Prevención de Recaídas*: contiene tres elementos fundamentales
- Estrategias de entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento de habilidades de afrontamiento, autoregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, sociales y de solución de problemas.

- Procedimientos de reestructuración cognitiva, diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le empujan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el EVA (efecto de violación de la abstinencia).
- Estrategias de reequilibrio del estilo de vida, relajación o ejercicio físico, para fomentar actividades alternativas al consumo.

- *Terapia Conductual Familiar y de Pareja*: entrenamiento en las habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Incluye técnicas como: el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas, la asignación de tareas, el contrato conductual, el manejo de contingencias, el entrenamiento en habilidades de comunicación.

Regulación Legal de las Adicciones

El 9 de Octubre de 1974 es promulgada la ley 20.771 “Estupefacientes”, de neto cuño conservador, que sanciona de la misma manera la tenencia de drogas para uso personal como para la comercialización, sin distinción de cantidades, y sin diferenciar la problemática psicopatológica del adicto con respecto a la conducta criminal. (López, 2004)

El 21 de septiembre de 1989 es publicada una nueva ley de estupefacientes aprobada por el Congreso: la ley 23.737, mucho más explícita y amplia. En ella se trata de remediar el universalismo condenatorio de la anterior, dando lugar a una consideración diferencial para los adictos no traficantes ni delincuentes, para la tenencia de drogas para uso personal exclusivo, reafirmando el derecho a la privacidad. (López, 2004)

En el artículo 16 de esta última ley se establece que cuando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes el juez impondrá, además de la pena, una medida curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines y cesará por resolución judicial, previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

En el artículo 17 de la ya mencionada ley, se afirma que si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física y psíquicamente de estupefaciente, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación. Si se acredita su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena.

Por último cabe mencionar el artículo 19 de la misma ley el cual sostiene que la medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, se llevara a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine de una lista de instituciones bajo conducción profesional reconocidas y evaluadas periódicamente, registradas oficialmente y con autorización de habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial. El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado, cuando prestare su consentimiento o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás. Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa, computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo e tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal.

Analizando críticamente lo propuesto por la ley 23.737, se tendrá en cuenta la postura de Zamorano (2008), quien sostiene que la ley considera al sujeto de manera alternativa como delincuente o como enfermo, ósea que será castigado por enfermo, ya que en el caso de condenados o procesados adictos, la justicia le ofrecerá un tratamiento “voluntario” que de ser rechazado se sustituirá con otro tipo de penalidades. Este autor sostiene que la aplicación de estas “medidas de seguridad” amenaza la estructura subjetiva y actúa en el sentido de una alienación, ya que estas medidas deben realizarse en instituciones públicas que suministran información acerca del cumplimiento, progreso y culminación del proceso terapéutico. El no querer o no poder dar cumplimiento al proceso terapéutico en los términos impuestos, deja al sujeto nuevamente como transgresor respecto de la ley. Zamorano (2008) piensa que a través de estas medidas se busca estandarizar, imponer la norma, el individuo se transforma en un objeto al cual se lo puede clasificar, corregir y encausar, por eso se denominan “medidas de seguridad”. Esta función igualitaria de la ley puede conducir al desconocimiento de la singularidad del sujeto. El diagnóstico desde un ámbito de poder deja de lado lo que el sujeto tiene para decir.

Desde la perspectiva de López (2004) surge la pregunta ¿si los adictos son “enfermos”, es lícito jurídicamente castigarlos por su enfermedad? Es decir ¿son imputables? ¿Si son “delincuentes” se puede curar alguno de un delito? Resulta difícil en el campo del Derecho positivo diferenciar la concepción médica de enfermedad, de la legal de delincuencia y de la social de marginalidad.

López (2004) plantea que más allá de que la justicia considere o no al adicto como un sujeto jurídicamente responsable, entendemos que es un flaco favor el que le hacemos cuando, plegándonos a un cierto humanismo terapéutico, tendemos a desculpabilizarlo de

sus actos. Aunque podamos, quizá, considerarlo como no responsable de su compulsión, en el sentido de que el yo no controla lo inconsciente, no podemos, sin embargo, considerarlo como víctima inocente por la realización de su deseo. Por lo tanto el trabajo analítico propicia que el sujeto se haga responsable por su deseo, y deje de considerarse como no culpable de su adicción.

La mayoría de los autores defensores de los derechos humanos, se detienen en respuestas de tipo político o ideológico, inspiradas en una psicología “compresivista” que reduce el sujeto adicto a su condición de simple “víctima”, cerrando todo ulterior interrogante que comprometa al adicto en tanto actor. (López, 2004)

ANTECEDENTES

Diversos estudios a nivel internacional relacionan la problemática de la adicción a las drogas con el abuso sexual infantil (ASI).

Cohen LJ, Forman H, Steinfeld M, Fradkin Y, Frenda S, Galynker I, llevaron a cabo un estudio en la ciudad de New York en el año 2012. En el mismo compararon un grupo de personas que no han sido víctimas de abuso con otro compuesto por personas abusadas sexualmente que resultaron adictos a la pedofilia y a los opiáceos, partiendo de la hipótesis de que el abuso sexual puede constituir un factor de riesgo predisponiendo a las personas para una futura adicción. Se observó que tanto los sujetos que fueron diagnosticados como pedófilos como las personas con alguna problemática de adicción a los opiáceos tuvieron sus primeras relaciones sexuales a una edad más temprana que los sujetos pertenecientes al grupo control, los sujetos adictos a opiáceos, en comparación el grupo control, no reportado aumento de la recepción de los avances sexuales de niños, ni aumento de las

tasas de actividad sexual antes de los 13 años con un socio de por lo menos 5 años mayor. Los sujetos con pedofilia, pero no los que tienen adicción a los opiáceos puntuaron significativamente más alto que los grupos control en el Cuestionario de Traumas infantil. Los autores llegan a la conclusión de que el abuso sexual en la infancia puede ser un factor de riesgo específico de las adicciones sexuales como la pedofilia, pero no posee tanto peso como factor de riesgo en sujetos adictos para las adicciones químicas (resultando en estas últimas no específico).

En Georgia, EE.UU los investigadores Khoury L, YLTang, BBradley, JFCubells, KJRessler realizaron un estudio en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, Emory University School of Medicine. El mismo relaciona la exposición a experiencias traumáticas en especial las que ocurren en la niñez con el consumo de sustancias y el estrés post traumático. Los trastornos por consumo de sustancias TCS también son altamente comórbidos con el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otras psicopatologías relacionadas con el estado de ánimo. Este estudio examina la relación entre los traumas de la infancia, el uso de sustancias, y trastorno de estrés postraumático en una muestra de pacientes urbanos de atención primaria. Participaron de esta experiencia 587 personas, todos reclutados en medicina y obstetricia / ginecología clínica de las salas de espera en el Hospital Grady Memorial en Atlanta, GA. Los datos fueron recolectados a través de dos entrevistas de selección, así como entrevistas de seguimiento.

Resultados: En esta población altamente traumatizada, se han encontrado altas tasas de dependencia a sustancias (39% de alcohol, el 34,1% cocaína, 6,2% heroína / opiáceos, y el 44,8% marihuana). El nivel de consumo de drogas, particularmente cocaína, posee una fuerte correlación con los niveles de abuso físico, sexual y emocional en la infancia. En

relación a la dependencia a la cocaína se observó un significativo número de traumas y síntomas del TEPT, este efecto fue independiente de la exposición a un trauma en la adultez. Los datos obtenidos muestran fuertes vínculos entre la traumatización producida en la infancia y los TCS, asociándose estos con los resultados del trastorno por estrés postraumático.

Schiff M, Levit S, Cohen-Moreno R, realizaron un estudio en la escuela de trabajo social y de bienestar social en la Universidad de Hebrew, Israel en el año 2010, titulado "El abuso sexual en la infancia, el trastorno por estrés post-traumático, y el uso de heroína entre clientes de sexo femenino en los programas israelíes de tratamiento con metadona". Este estudio muestra las consecuencias negativas a largo plazo del abuso sexual infantil, dando a conocer que no solo esas mujeres abusadas quedan atrapadas en una dependencia a la droga o adicción sino que no pueden romper el vicioso círculo de consumo de drogas ilícitas mientras son tratadas por su adicción. A su vez los tratamientos con Metadona resultan ser los más eficaces.

Un estudio realizado en México por la Dra. Luciana Ramos-Lira, la Lic. En Psicología María Teresa Saltijeral-Méndez, Dra. en Ant. Martha Romero-Mendoza, y los psicólogos Miguel Ángel Caballero-Gutiérrez y Nora Angélica Martínez-Vélez, tuvo por objetivo el estimar la frecuencia de diferentes formas de violencia sexual y su asociación con sintomatología depresiva, ideación e intento suicida, y uso de alcohol y otras drogas alguna vez en la vida. El mismo fue un estudio transversal, hecho en un centro de salud oficial de México, D.F., entre febrero y marzo de 1998. La muestra estuvo constituida por 345 mujeres usuarias del establecimiento asistencial las cuales, en el momento del estudio, vivían con pareja. Se calcularon proporciones para observar la frecuencia de tres diferentes

formas de violencia sexual, y ji cuadrada para compararlas en cuanto a los problemas mencionados. En cuanto a los resultados se observó que el 19% sufrió tocamientos sexuales contra su voluntad al menos alguna vez en su vida, en tanto 11% habían sido violadas y 5% fueron forzadas a tocar los órganos sexuales de otra persona contra su voluntad. Una de cada cinco mujeres reportó haber experimentado alguna violencia sexual dentro de la relación de pareja. Se encontró una asociación significativa entre algunas formas de violencia sexual y la depresión, la ideación e intento suicida y el uso de psicofármacos.

A nivel nacional, la investigación llevada a cabo en el año 2008 “Prevención y atención de las Adicciones en el C.P.A de Mar del Plata un estudio de caso”, por Mónica Liliana Alberro. Con el propósito de caracterizar la figura del Centro Provincial de Atención a las Adicciones de la ciudad de Mar del Plata, su estructura y funcionamiento como eslabón fundamental dentro de la red de instituciones efectoras que responden a la estrategia socio sanitaria de la provincia de Buenos Aires. Para la realización de este trabajo se toma como caso el Centro Provincial de Atención de Mar del Plata (C.P.A), que pertenece a la Zona Sanitaria VIII y el área de influencia que le corresponda.

Los ex alumnos Almeida Andrea, Spennato Silvana y Ferrari Tomas, en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, con el objetivo de elaborar su tesis de **GRADO**. La misma se denomina “Niños, víctimas de abuso sexual” y tuvo como propósito el analizar los desarrollos científicos efectuados en los últimos cinco años, en distintos países de habla hispana, relacionados con el tema de “Niños escolarizados víctimas del abuso sexual”.



METODOLOGIA

- Tipo de estudio:

La presente investigación se caracteriza por ser un estudio de tipo descriptivo.

- Objetivos:

Identificar, la prevalencia del abuso sexual infantil en las personas adictas a sustancias psicoactivas internadas en un dispositivo de atención a la patología.

Identificar y describir la presencia de factores asociados a la adicción de sustancias psicoactivas en personas internadas en un dispositivo de atención a la patología.

- Muestra:

La muestra está conformada por 268 personas que actualmente o en años anteriores han llevado a cabo tratamiento en la Comunidad Terapéutica ubicada en Chapadmalal.

- Instrumentos:

A los fines de acceder a los datos, se ha de volcar en una Matriz construida ad-hoc, la información relevante proveniente de los legajos de cada uno de los pacientes que han pasado por el proceso de tratamiento. Se intenta realizar lecturas de perfil y estadísticas descriptivas de variables socioambientales. Luego aquellas variables más específicas de la patología. Por último específicamente aquellas asociadas a la hipótesis de trabajo tales como:

Violencia familiar; tipo de violencia; abuso sexual; tipo de abuso; agresor; etc. Con el fin de cruzar la información obtenida mediante el relevamiento de las historias clínicas, se ha de entrevistar a los miembros del Equipo Técnico, a quienes se indagará acerca de aquellos datos que no figuran en los legajos y que podrían ser pertinentes para el objetivo de esta investigación. La información a relevar estará relacionada con la presencia o no del abuso sexual y las características del mismo (intrafamiliar, extrafamiliar, víctima o testigo).

RESULTADOS

Descripción De La Muestra General

Si bien el objetivo de la presente investigación consiste en conocer la prevalencia del abuso sexual infantil en una población de personas adictas a sustancias psicoactivas, bajo tratamiento en el dispositivo de comunidad terapéutica, se considera necesario y pertinente realizar una descripción de las características de la población en general, donde el ASI no resulta una variable excluyente.

Al momento del ingreso en este tipo de dispositivo de atención a las adicciones, la persona puede hacerlo de manera espontánea, es decir, la decisión de comenzar un tratamiento proviene de sí mismo o de su entorno familiar. A su vez la demanda puede surgir mediante encargo judicial, siendo el juez quien indica la medida curativa por la cual la persona debe comenzar la rehabilitación.

En la muestra tomada se ha observado que de las 268 personas que han permanecido internadas en la comunidad. 177 de ellas se presentaron de forma espontánea. esto equivale

a un 66 % de la población, siendo el 34% (91 personas) restante de los casos encargos judiciales. (Ver grafico 1)

En relación al sexo los resultados demuestran que el 62% de la población son hombres y el 38 % mujeres. Siendo los primeros 167 personas y las otras 101 restantes mujeres. A continuación en el grafico 2 se presentaran los resultados obtenidos.

Otra de las variables que ha sido tomada en cuenta es la edad de las personas al ingresar a la comunidad, los resultados demuestran que el promedio de la misma es de 31 años. Siendo la edad promedio de inicio de 17 años y el promedio de los años de consumo de 14. En cuanto a la permanencia en días de las personas dentro de la comunidad el promedio es de 135 días.

Grafico 1- Tipo de demanda

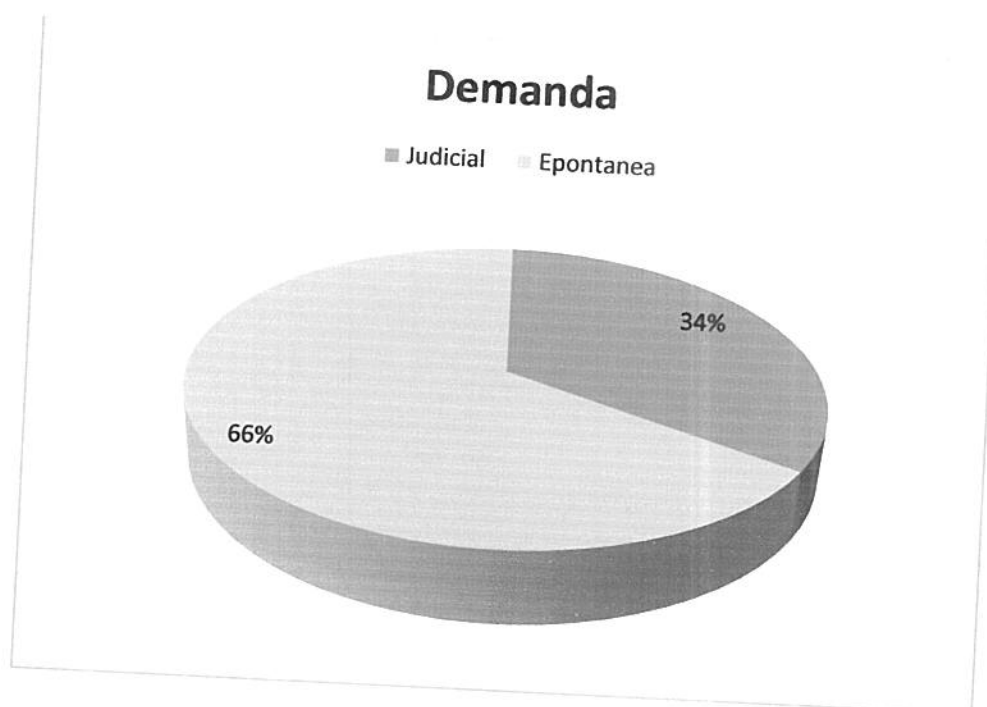
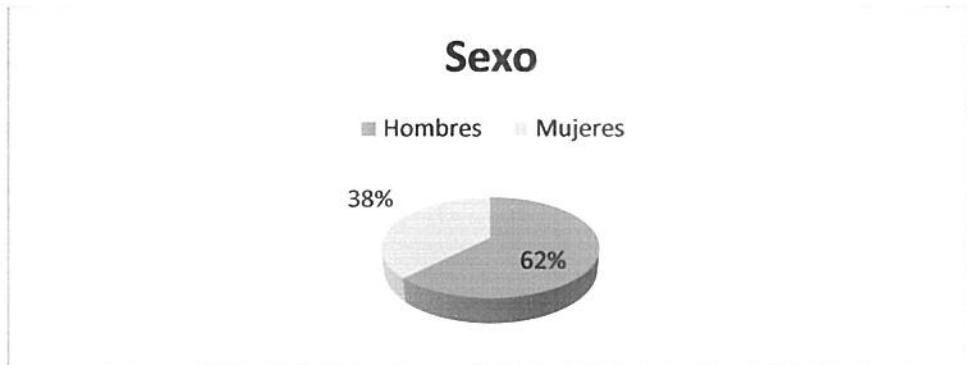
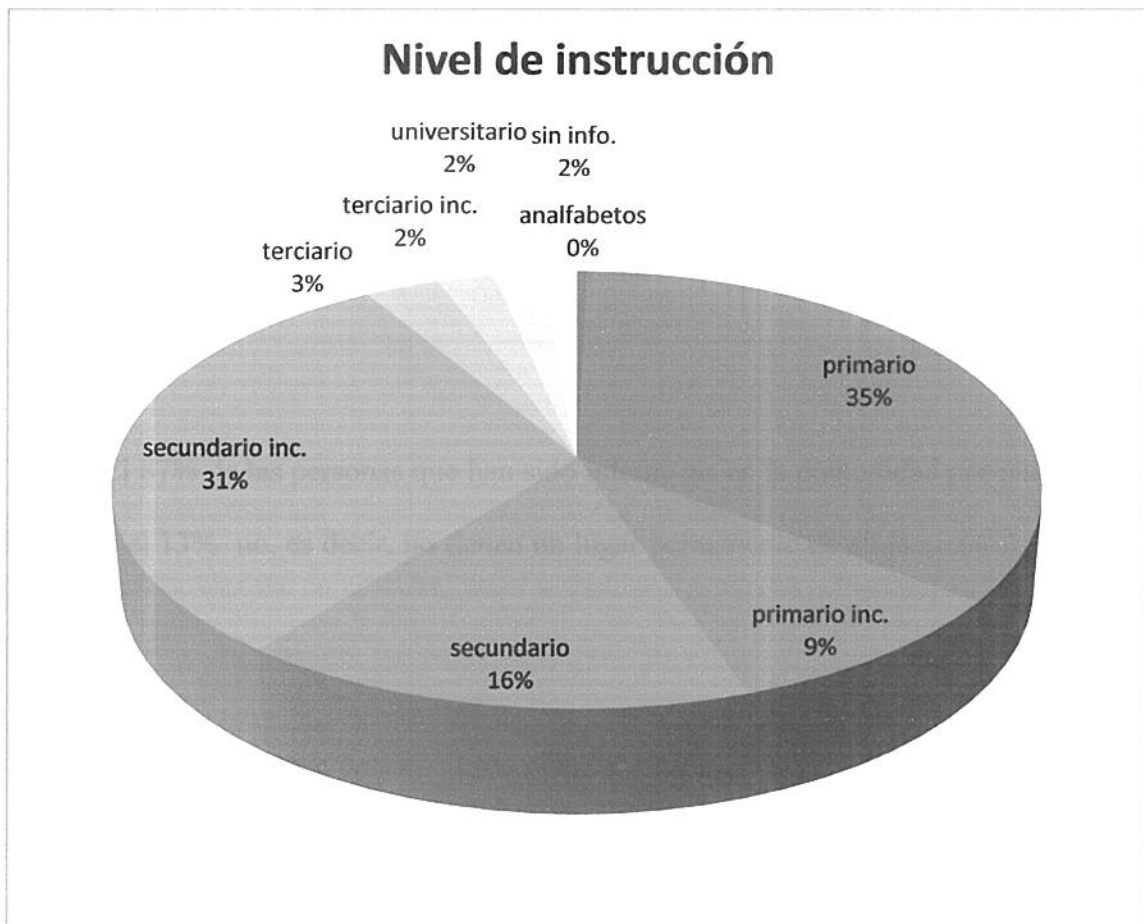


Grafico 2- Sexo



A continuación se presentan los gráficos 3 (a) y 3(b), para plasmar de manera más clara lo concerniente al nivel de instrucción de la población descrita.

Grafico 3(a) - Nivel de Instrucción



En cuanto a la condición laboral se encuentra que el 29 % de la población posee algún tipo de ocupación, empleo, oficio, actividad o trabajo, y el 71% se encuentra en la condición contraria. (Ver grafico 4)

Grafico 4- Condición laboral



El 87% de las personas que han sido internadas en la comunidad poseen residencia, mientras el 13% no, es decir, no tienen un lugar permanente de alojamiento. (Ver grafico 5)

Al hablar de referentes se hace alusión a aquellas personas que tienen un vínculo con la persona internada, que la visitan, la asisten económicamente, responden a sus llamados, y de esta forma coparticipan del tratamiento. En la presente población se

Grafico 5- Residencia

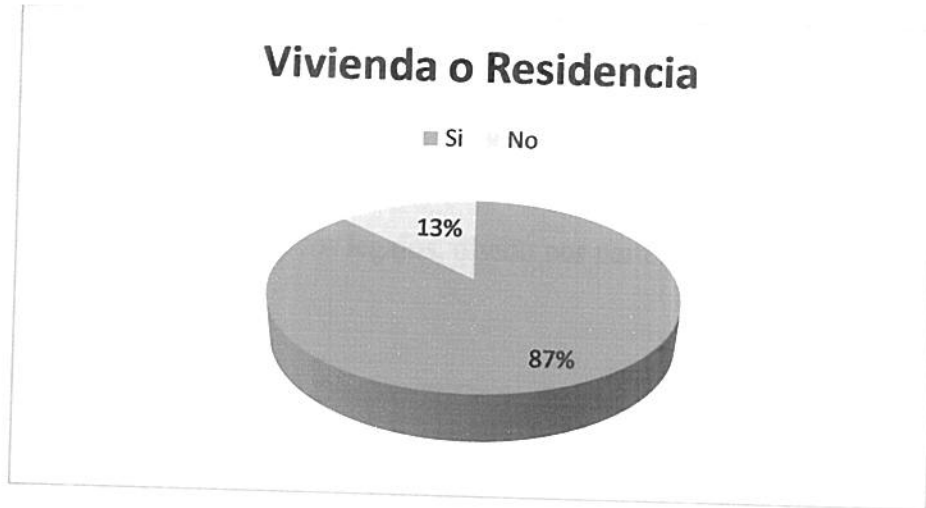
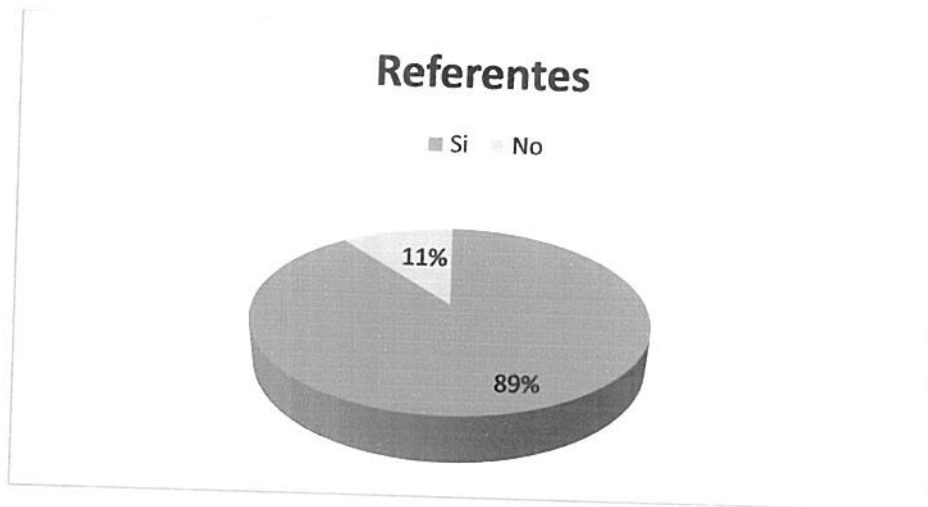


Grafico 6- Referentes



La comorbilidad hace referencia a la presencia de uno o más trastornos o enfermedades además de la enfermedad o trastorno primario (adicción). En la presente se ha encontrado que según los datos obtenidos 85 personas equivalentes al 33 % de la muestra no poseen ningún tipo de comorbilidad. El 57% de la población junto a la adicción sufre algún otro trastorno comorbido, siendo predominantes el trastorno limite, el trastorno antisocial y la depresión.

Esta información es constatada a través de los legajos y el discurso de los profesionales a cargo de la institución. Aunque no debe dejar de considerarse que existe un 10 % de personas de las cuales se desconoce la existencia de comorbilidad ya que no se ha obtenido información por diversas causas (limitada duración del tratamiento, abandono del mismo, acotada información en los legajos, olvido por parte de los profesionales)

Grafico 7- Comorbilidad

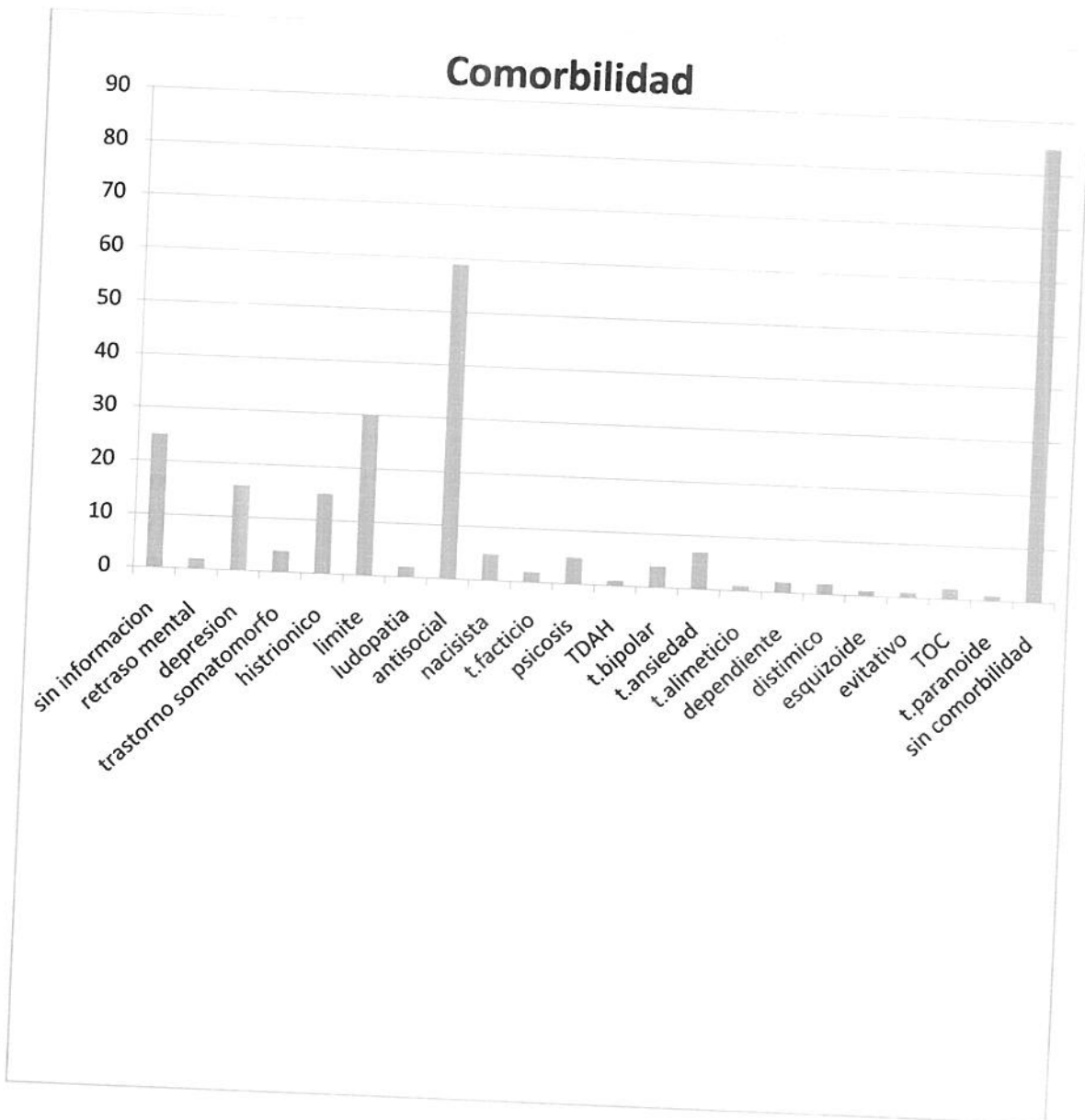
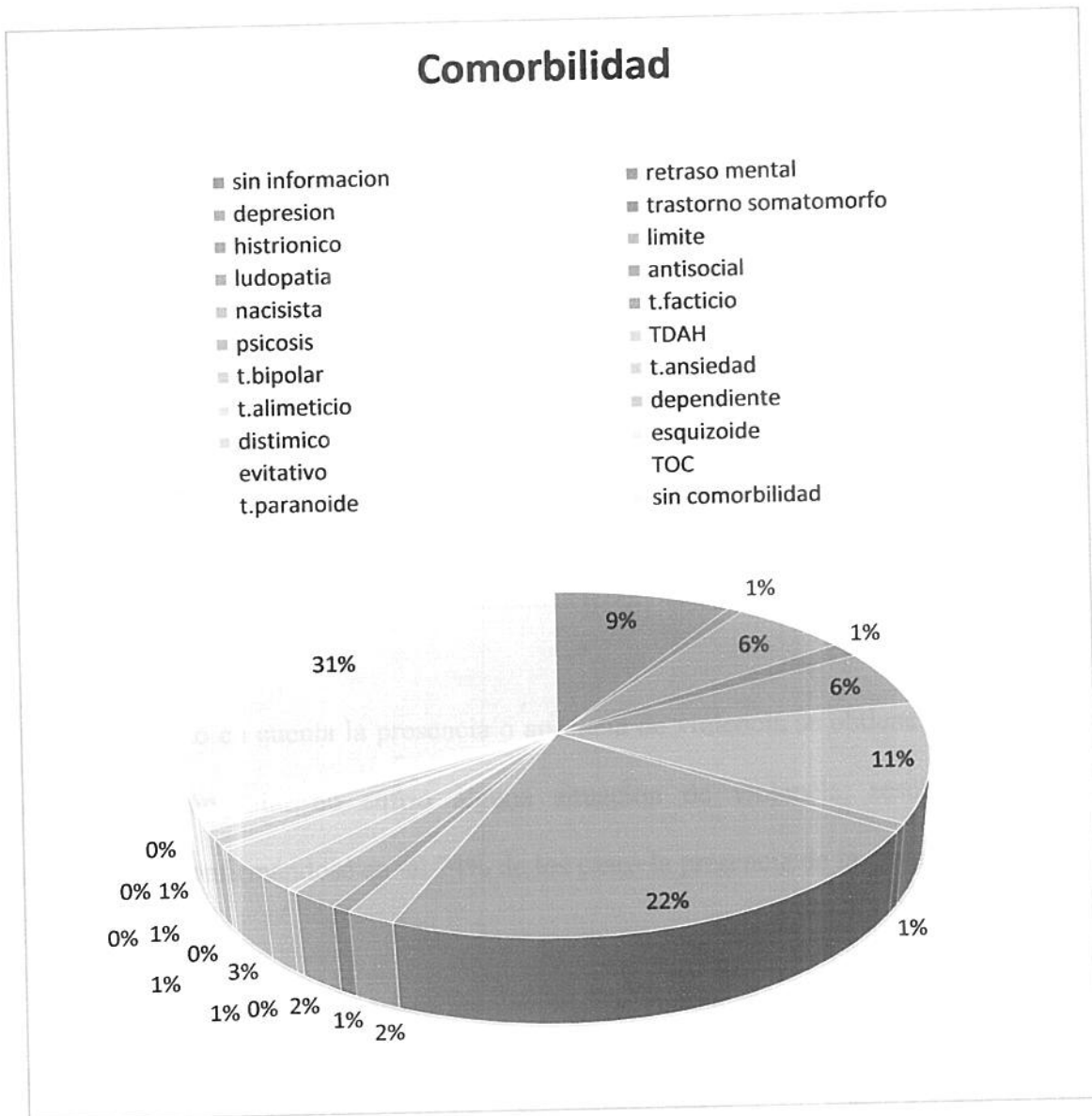
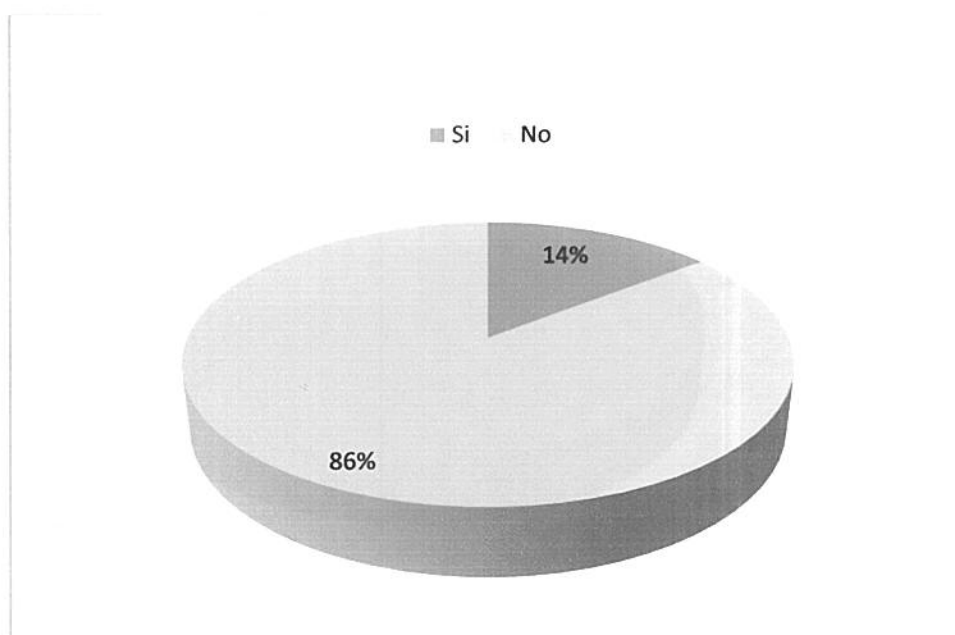


Grafico 8- Comorbilidad



A continuación el grafico 9 plasma otra de las variables tenidas en cuenta, el reingreso, el cual refiere al hecho de que las personas pueden ser dadas de alta o abandonar el tratamiento y volver a retomarlo reingresando a la comunidad nuevamente. Se ha observado que el 14 % de las personas ha retomado el tratamiento.

Grafico 9-Reingreso



Teniendo en cuenta la presencia o ausencia de violencia se obtiene que solo el 2% de la población total no sufrió alguna situación de violencia, resultando el 24% desconocido, confirmándose en el 74% de los casos la presencia de la misma.

De las personas que conforman este 74% se conoce que el mayor porcentaje de violencia fue de tipo psíquica, conformando el 55 % de la población que la ha padecido.

En segundo lugar se encontró que el 25% sufrió alguna situación de violencia física, el 15% de tipo sexual y el 5% de violencia económica.

Grafico 10-Presencia de violencia

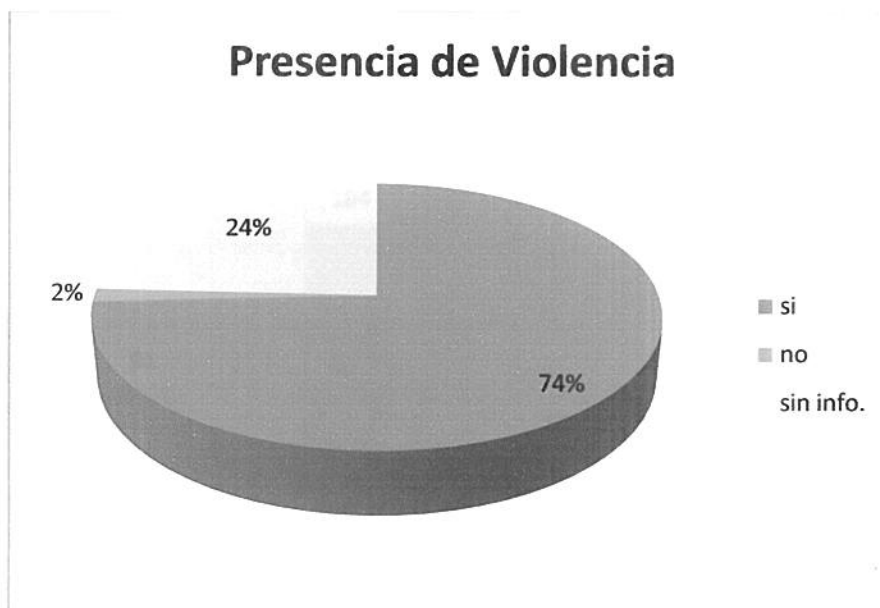


Grafico 11(a)- Tipos de violencia

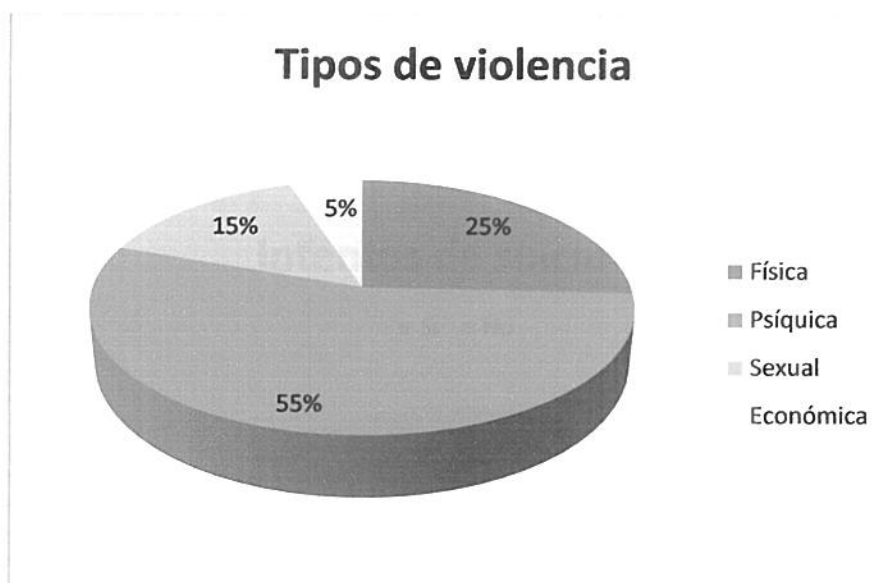
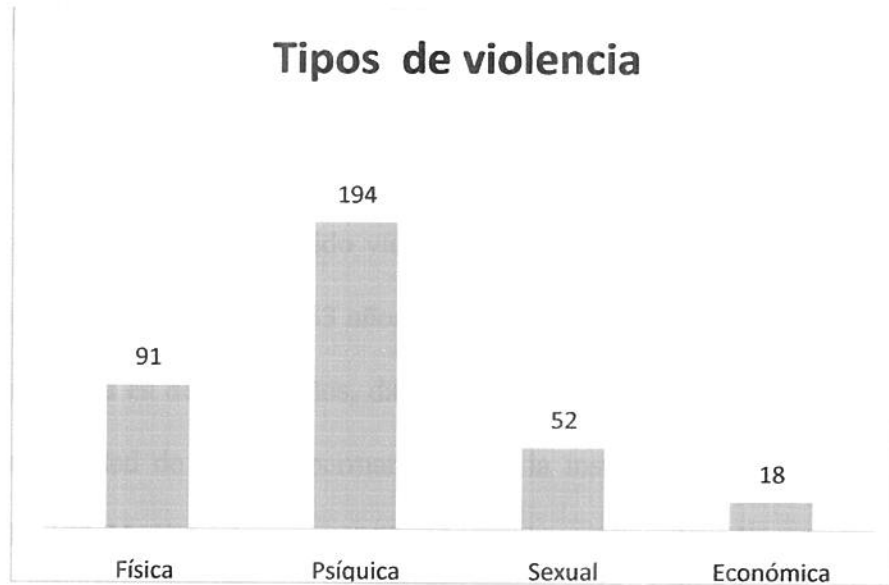
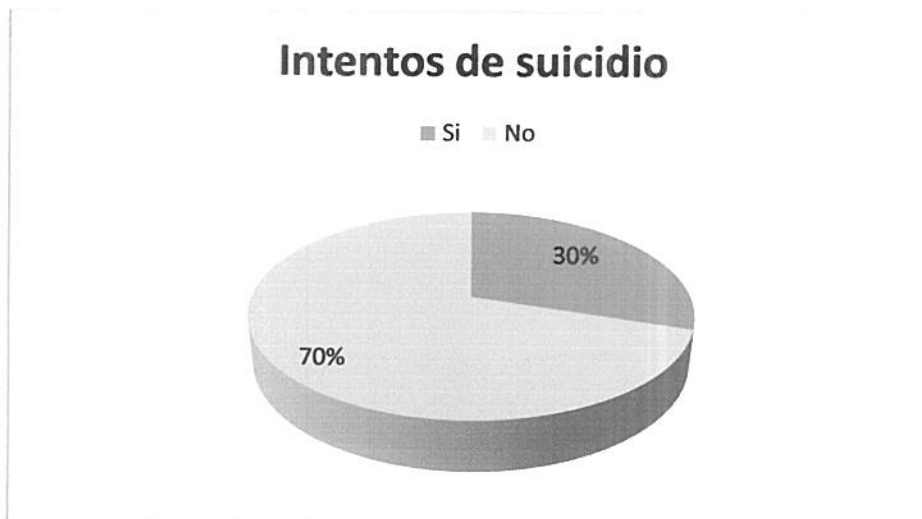


Grafico 11 (b)- Tipos de violencia



Con respecto al intento de suicidio los datos representados en el grafico 12 demuestran que el 30% de la población ha intentado quitarse la vida mientras el 70% no ha llevado a cabo ningún acto suicida.

Grafico 12- Intentos de suicidio

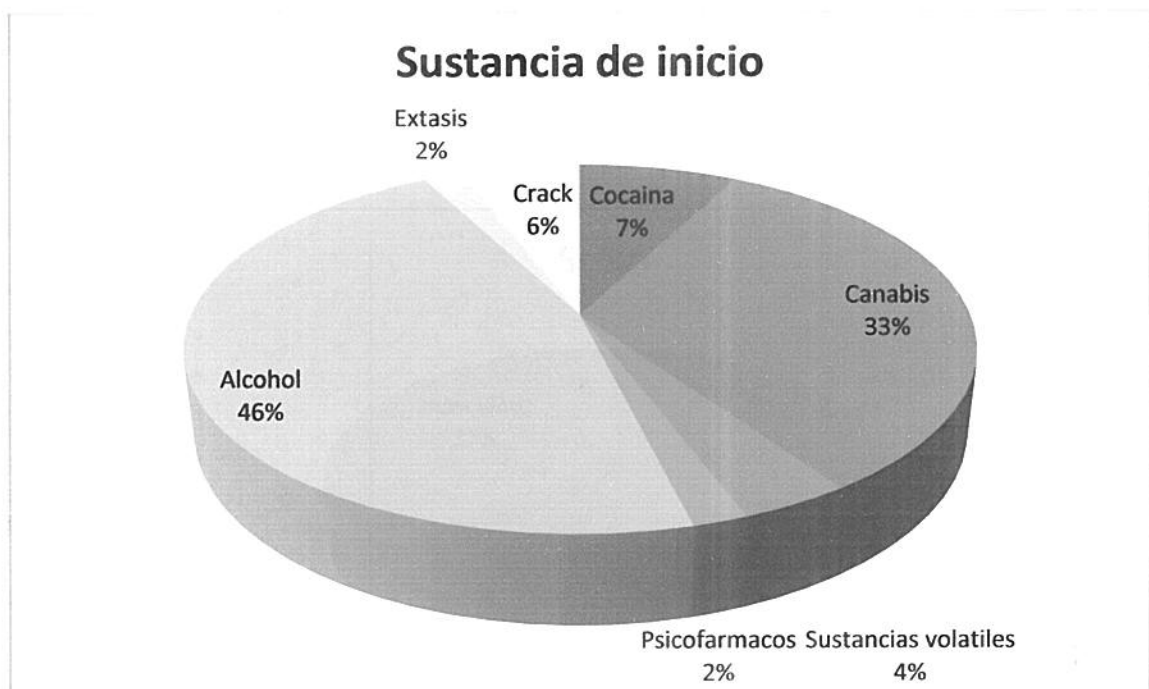


Descripción Del Porcentaje De La Muestra Victima de Abuso Sexual Infantil

Sumado al análisis de las variables que se han presentado anteriormente sobre la población general, se ha realizado un examen específico de algunas de estas sobre el porcentaje de la muestra que ha sufrido abuso sexual infantil.

De las personas que han sido víctimas del ASI, la edad promedio al momento de ingresar a la comunidad es de 30,53 años. En relación a la edad en la que se ha iniciado el consumo la misma es de 17,19 años, dando un promedio de 13,51 años de consumo. En cuanto a la cantidad de días de permanencia en la institución de las víctimas es de un promedio de 188,34 días. Estas personas se inician en la adicción a través de distintas sustancias. El 46 % de las víctimas comenzó el consumo con el alcohol y el 33 % con cannabis, siendo estos los porcentajes más significativos. (Ver gráfico 13)

Gráfico 13- Sustancia de inicio



Al hablar del tipo de demanda se pudo observar que en esta población específica 22 personas ingresaron a la comunidad mediante un encargo judicial lo que equivale a decir el 58% de la población víctima del ASI, y 30 por demanda espontánea, es decir, el 42% de esta. (Grafico 14)

Con respecto al sexo, se observó que el 37% de las personas abusadas son hombres y el 63% son mujeres. (Grafico 15)

Grafico 14- Tipo de demanda

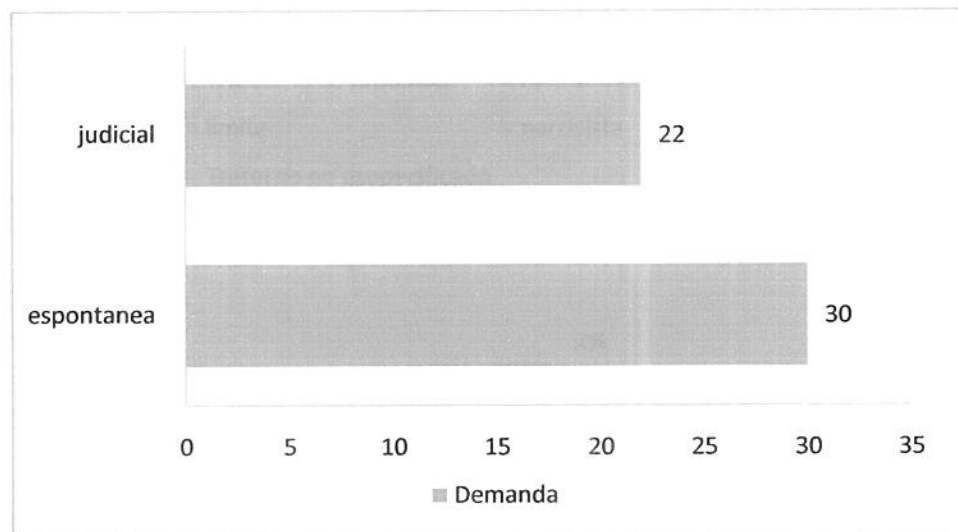
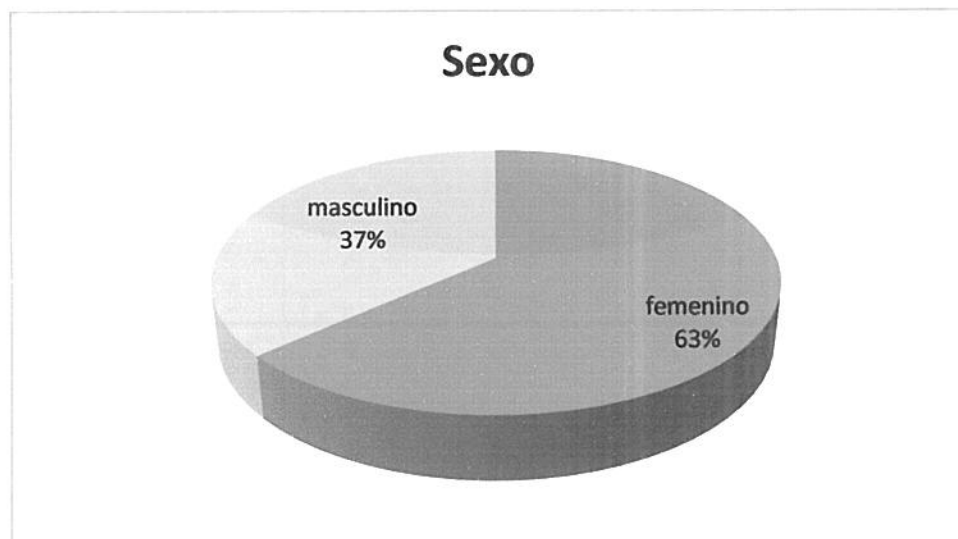


Grafico 15- Sexo



En relación a los trastornos comorbidos en las víctimas se presentan a continuación los datos expresados en los gráficos 16 (a) y 16 (b).

Gráficos 16 (a)- Comorbilidad

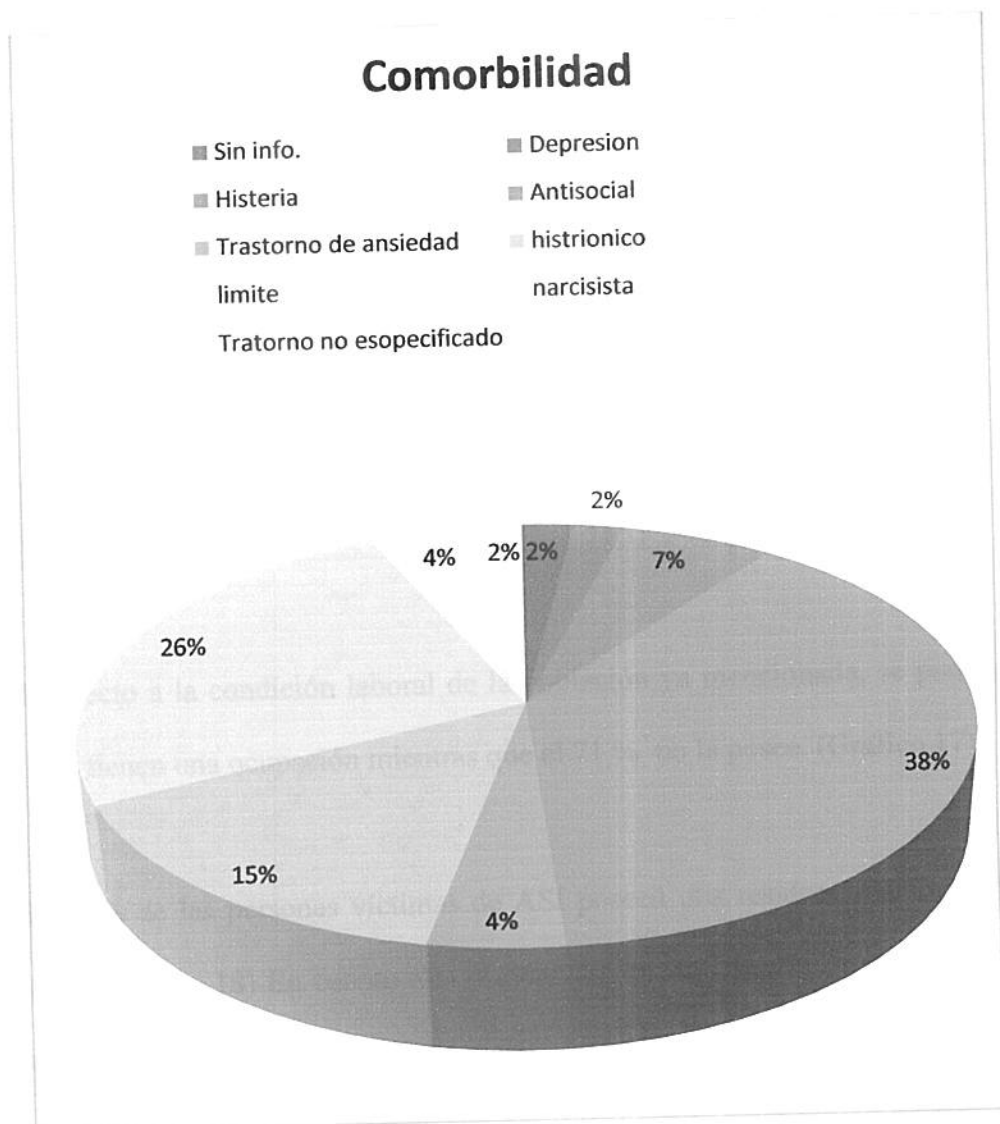
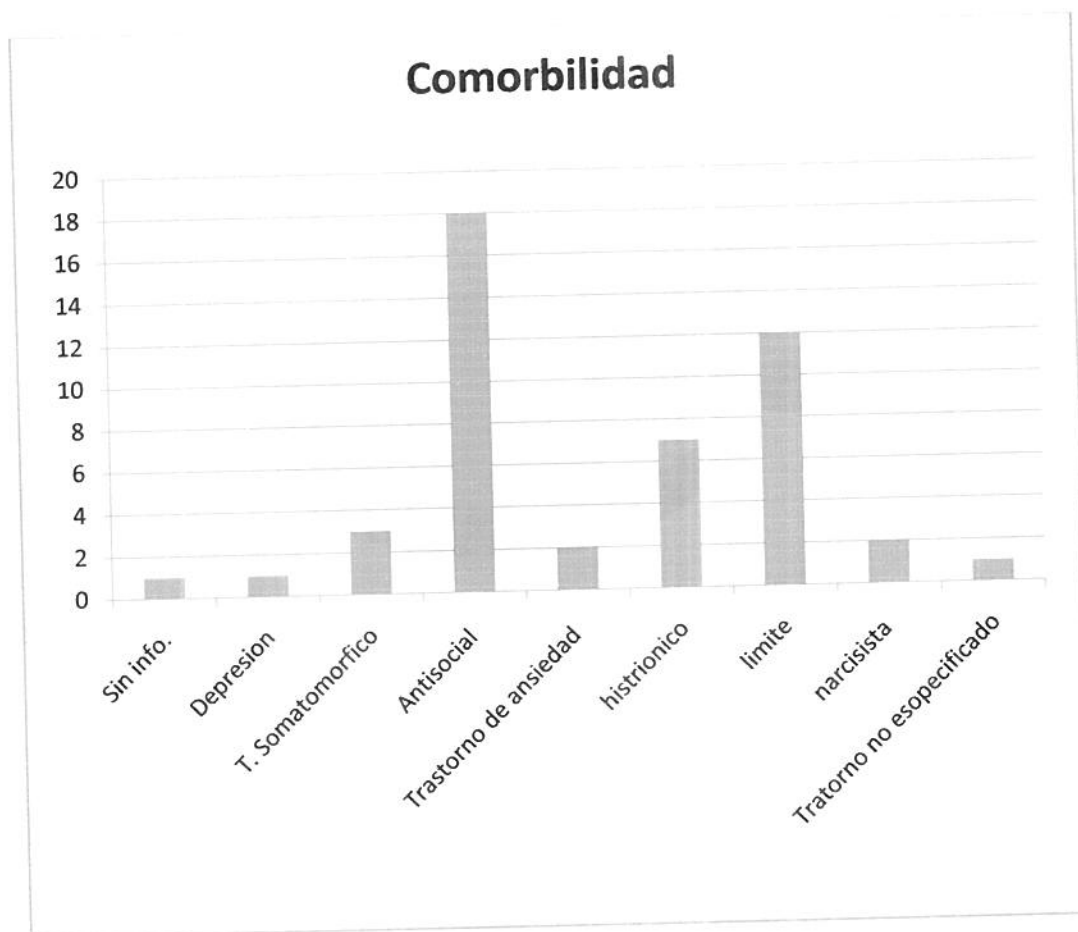


Grafico 16 (b)- Comorbilidad



Respecto a la condición laboral de la población ya mencionada, se pudo observar que el 29 % tienen una ocupación mientras que el 71 % no la posee. (Grafico 17)

El 81% de las personas víctimas de ASI poseen una residencia mientras el 19 % restante no. (Grafico 18) En cuanto a la presencia o no de alguna persona referente se ha encontrado que el 85% de la población la tienen careciendo el otro 15% restante de ella. (Grafico 19)

Grafico 17 – ocupación

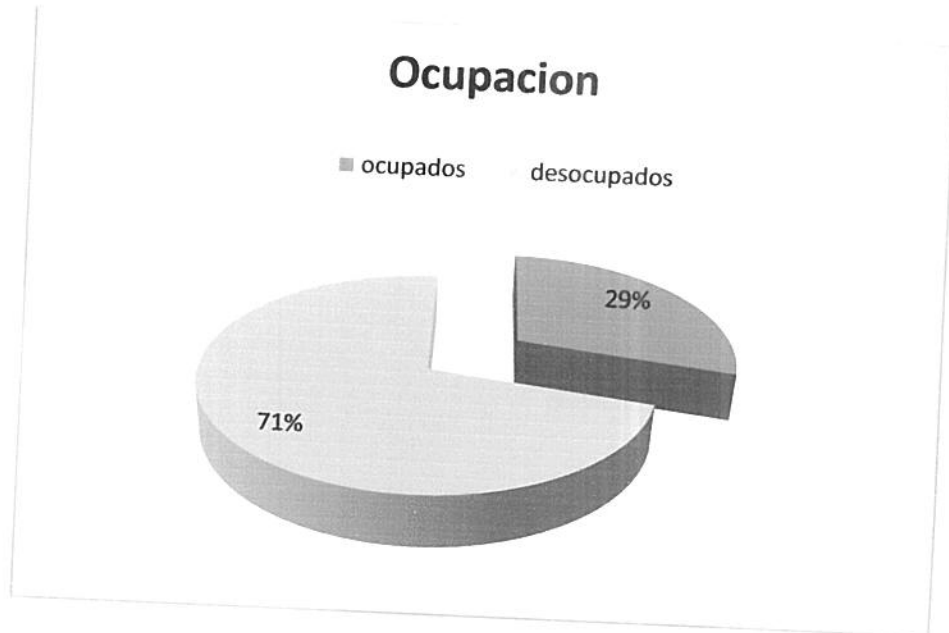


Grafico 18- Residencia

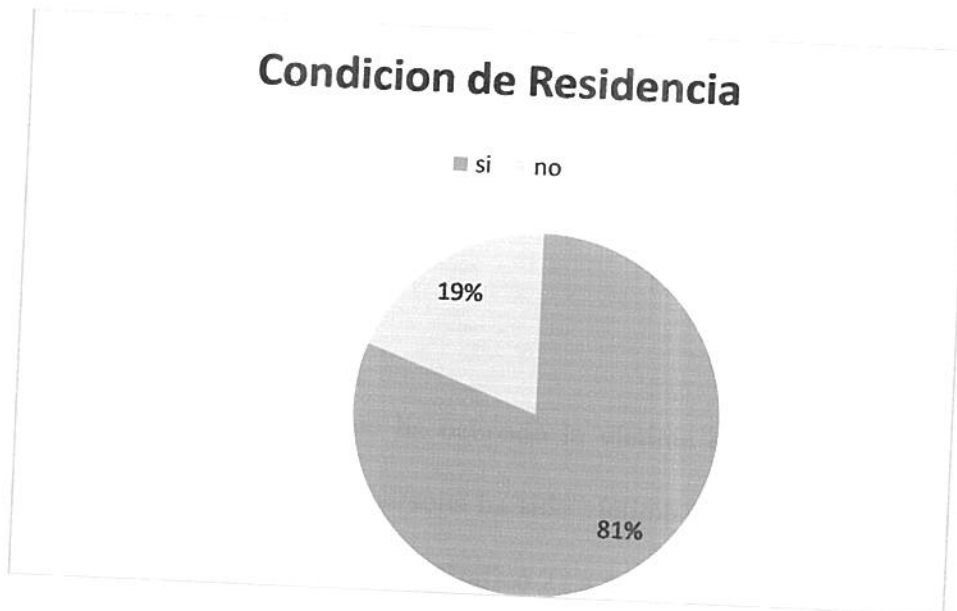
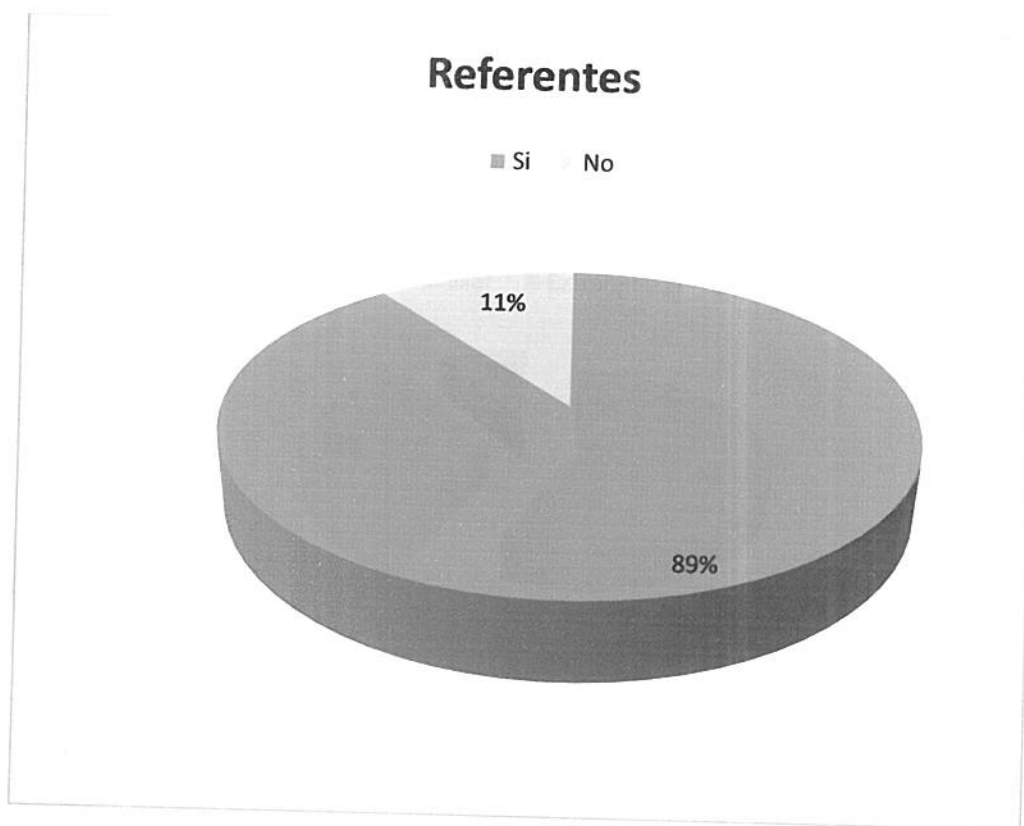


Gráfico 19- Referentes



Al hablar de tipo de abuso se observó que el 56% de las víctimas sufrieron un abuso intrafamiliar, el 35% extrafamiliar y del 9% restante no se obtiene información. (Gráfico 20)

En cuanto a la posición que ha ocupado la víctima en la situación de abuso se observa que el 85% de los casos la persona ha sido víctima de abuso y el 13% testigo, no obteniéndose información del 2% restante. (Gráfico 21 a y b)

Grafico 20 - Tipo de abuso

Tipo de Abuso

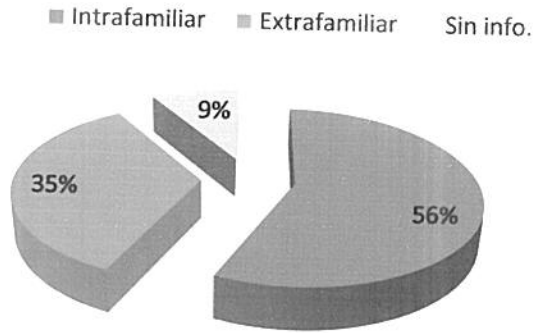


Grafico 21 (a)- Victima o testigo.

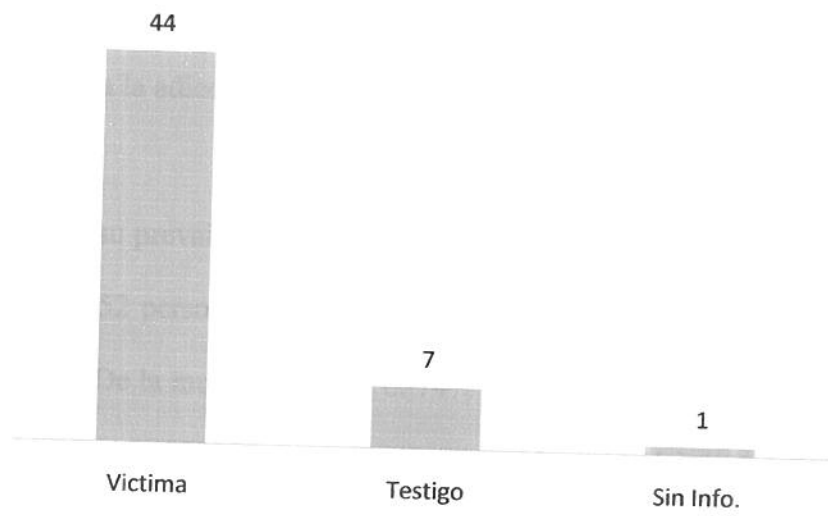
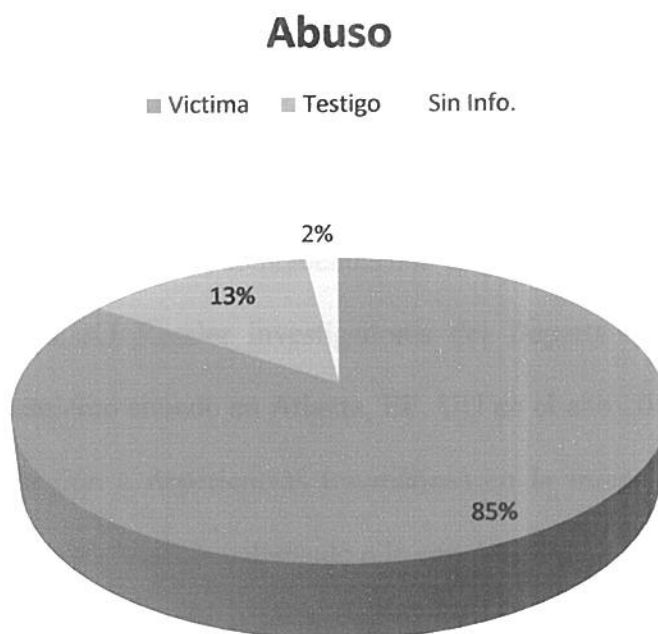


Grafico 21 (b)- Victima o testigo.



DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la prevalencia del abuso sexual infantil, considerado como evento traumático, y la identificación y descripción de factores de riesgo asociados a la adicción a sustancias psicoactivas.

En cuanto a su prevalencia se puede observar según los resultados obtenidos que el 15%, equivalente a 52 personas de una muestra total de 268, fue víctima de abuso sexual durante la infancia. De la muestra general el 74% de las personas han sufrido algún tipo de violencia, quedando un 24% sin conocimiento y solo un 2% que confirma que no ha sufrido ningún tipo. Por lo tanto se podría esperar que si se tuviese conocimiento de ese 24% la prevalencia del ASI podría aumentar.

Por lo tanto los resultados mostrarían que la violencia en cualquiera de sus cuatro tipos (física, psíquica, sexual, y económica) constituiría un factor de riesgo para el consumo. Encontrándose la violencia psíquica en primer lugar con un 55%, siguiendo la física (25%), en tercer lugar la sexual (15%) y por último la económica (5%).

Las cifras expuestas resultan coincidentes con lo expuesto por Khoury L, YL Tang, B Bradley, JF Cubells, KJ Ressler investigadores del Departamento de Psiquiatría y ciencias del comportamiento situado en Atlanta, EE. UU en el año 2010. Quienes dieron a conocer que la exposición a experiencias traumáticas en la infancia se relacionan con trastornos por consumo de sustancias, llegando a la conclusión de la existencia de un fuerte vínculo entre los traumas infantiles, en donde podría ubicarse el ASI, y los trastornos por sustancias, la asociación entre estos daría como resultado el trastorno por estrés post traumático.

En cuanto al abuso se ha observado que el mayor porcentaje de víctimas son mujeres, constituyendo el 63%, siendo el 37% de sexo masculino.

Se ha encontrado que en un 56% el agresor proviene del ámbito intrafamiliar mientras que un 35% del extrafamiliar y un 9% no se ha obtenido información por lo tanto se desconoce.

Se puede observar que la mayor parte de los abusados fueron víctimas (85%) y un menor porcentaje ocupó la posición de testigo (13%), teniéndose sin información un 2% de los casos de abuso.

De las personas que atravesaron por este dispositivo de atención a la adicción 80 llevaron a cabo algún intento de suicidio, de estas el 18,75 % (15 personas) fue víctima de ASI.

Se podría identificar una diferencia en relación al promedio en días de la duración del tratamiento entre la población total, 135 días (4 meses y medio), y la población abusada, 188 días (6 meses y medio).

Las personalidades adictivas resultan comorbidas con otros trastornos, el 22% de la muestra total padece a su vez un trastorno antisocial de la personalidad, de estas 59 personas 18 fueron víctimas del ASI, las cuales representan el 30,5% de la muestra total y a su vez el 38% de la población abusada.

Otra de las comorbilidades más frecuentes es el trastorno Limite de la personalidad el cual afecta al 11% de la población estudiada, de estas personalidades limites el 40% fueron víctimas de abuso.

El trastorno histriónico de la personalidad no aparece como un rasgo fuertemente marcado en la población total, sin embargo el 46% de las personas con trastorno histriónico de la personalidad han sufrido abuso en la infancia, por lo tanto se podría pensar en una asociación fuerte entre ambas variables.

No se han encontrado diferencias significativas en cuanto al promedio de edad al ingresar y de inicio así tampoco en los años de consumo y en la situación ocupacional.

Se considera que la presente podría ser utilizada como punto de partida para posteriores investigaciones. Una de las posibles líneas de investigación podría ser la extensión de la misma a las nueve comunidades terapéuticas de la Provincia de Buenos Aires, con el objetivo de realizar un estudio de tipo epidemiológico que arroje mayor cantidad de datos, utilizándolos con el propósito de lograr una detección temprana del Abuso y la prevención de las adicciones.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed. texto revisado). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2010). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Argentina. Ley Nro. 23.849. Convención Internacional de los Derechos del Niño. Sancionada el 27 de septiembre de 199. Disponible en <http://argentinaargentina.blogspot.com.ar/2007/09/ley-n-23.html>
- Argentina. Ley Nro. 12.607 de Protección Integral de los Derechos del Niño y del Joven. Publicada el 2 de Marzo del año 2008. Disponible en www.fundacionamparo.org.ar/Archivos/Buenosaires_Ley12607.htm
- Argentina. Ley Nro. 12.569 sobre Violencia Familiar. Publicada el 2 de Enero del año 2001. Disponible en www.asapmi.org.ar/publicaciones/legislacion/articulo.asp?id=167
- Argentina. Ley Nro. 25.087 sobre Delitos contra la Integridad Sexual. Modificación. Sancionada el 14 de Abril del año 1999. Disponible en www.marietan.com/material_psicopatia/ley_incesto_abuso.htm
- Argentina. Ley Nro. 23.737 de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes. Sancionada el 21 de septiembre del año 1989. Disponible en www.mseg.gba.gov.ar/Investigaciones/.../ley%2023737.htm
- Barbero Fuks, L. (S/F). Abuso sexual de niños en la familia, líneas actuales de investigación. En J. Volnovich (comp.). *Abuso sexual en la infancia, el que hacer y la ética*. (pág. 18). México- Buenos Aires: Lumen.

- Bonzini de O Reilly, S (2000) *Los quitapenas*. Clínica de las toxicomanías un abordaje institucional. Argentina: Eudeba.
- Breuer J, Freud S. (1895). Estudios sobre la Histeria. Londres: Hogarth.
- Canclini, L; Constantini, D; Mezzoni, S; Cingolani, S; Compagnoni, F. (1985). Juvenile Drug Addiction: A study on Typology of addicts and their families. Trabajo presentado en el IX congreso Mundial de Comunidades Terapeuticas
- Chess S, Thomas A.(1996) Temperament: theory and practice. New York: Brunner/Mazel.
- Creimer, Mosca, CATERA (2011). Fortalezas Teóricas en las pericias con niños víctima. En G. Letaif (comp.). *Justicia Subjetividad y Ley en América Latina*. (págs. 91-113). Córdoba: Brujas.
- Degano, J. A. (1993) *El sujeto y la ley- Segunda Parte: B. 1.1: El acto y la sanción penal*.
- -Di Doménico, C & Vilanova, A (2001) orientación vocacional: formulaciones teóricas actuales y derivaciones interventivas. XXVIII Congreso Interamericano de Psicología (SIP). Santiago de Chile, 2001
- Freud, S (1929) El malestar en la cultura. Obras completas, Vol II. Madrid, España. Editorial Biblioteca Nueva, Año de publicación original: 1929.
- Giberti, E (2005) Cap. 1 Vulnerabilidad y desvalimiento en *Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares*. Buenos aires : Noveduc
- González, S & Molla, L (2009) *Las adicciones: una mirada metateórica*. Ponencia en el IV Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina Dic. 2009
- Goti, E. (1997). La Comunidad Terapeutica un desafío a la droga. Buenos Aires: Nueva visión.

- Guajardo, H. y Kushner, D. (2004) "Manual Terapéutico para la rehabilitación de los trastornos adictivos. Buenos Aires: Akadia.
- Informe elaborado por Save the Children (1998) Material bibliográfico incluido en la Cátedra de Psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología.
- Intebi, I. (1998). Abuso sexual infantil en las mejores familias. Buenos Aires: Granica.
- Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP (2010). Disentangling the Relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders en *J Pers Disord* ; 24:285-95.
- López, H. (2004) *Las adicciones. Sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Lazos.
- Marchiori, H. (1990) *Personalidad dependiente y criminalidad- Toxicomanías*- Mexico: Porrúa.
- Maxfield MG, Widom CS.(1996)The cycle of violence Revisited 6 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:390-5. Recuperado el 20 de febrero del 2012 a las 15 horas En <http://adolescenciaantisocial.blogspot.com/2011/07/trastornos-de-personalidad-en-victimas.html> -
- Meza-Rodríguez. (2007) Trastorno límite de personalidad: Constructos caracteriológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 14:55-64.
- Milmaniene, J. (1996) *El goce y la ley: Paidós*.

- Millon, Theodore y Davis, Roger D. (primera edición 1998. Reimpresiones 1999 (2), 2000, 2003, 2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Miotto, G. (2001) Abuso sexual de menores. Complejidad diagnóstica. Publicado en el IV Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica AIPJ- Madrid.
- Mosterin, M. (2003). "Evolución histórica del concepto de infancia y las políticas para menores en América Latina". Ficha de circulación interna de la cátedra de psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Mugnaga, M. (2009). Definiciones y conceptos sobre maltrato familiar. *Ficha de Circulación interna de la cátedra de Psicología Jurídica*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Nudel, C. (2011). Herramientas para la pericia y la clínica en delitos sexuales intrafamiliares. Fortalezas Teóricas en las pericias con niños víctima. En G. Letaif (comp.). *Justicia Subjetividad y Ley en América Latina*. (pág. 127). Córdoba: Brujas.
- Organización Mundial de la Salud. (2002) *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Washington D,C: Organización Panamericana para la salud.
- Pascual Fernández, C. (2006) Calidad asistencial. Tratado de SET de trastornos adictivos. José Pérez de los Cobos Peris. Madrid, Médica Panamericana
- Ponce de León, P. Abuso sexual infantil y sus consecuencias. Recuperado el 9 de febrero de 2011, de <http://www.univalle.edu/publicaciones/brujula/brujula19/pagina09.htm>.

e circulación
Mar del Plata,

- Roberts BW, Wood D, Caspi A.(2008) The development of Personality Traits in adulthood. En John OP, Robins RW, Pervin LA, (comps.) *Handbook of Personality: Theory and Research*. Nueva York: Guilford Press.
- Rodríguez, F. (2007) Marco Legal para la implementación de una Política de Promoción y Protección Integral de los Derechos de Niños/as y Adolescentes. Ficha de Circulación interna de la cátedra de Psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Rozanski, C. (S/F). Abuso sexual de niños en la familia, líneas actuales de investigación. En J. Volnovich (comp.). *Abuso sexual en la infancia, el que hacer y la ética*. (pág. 39). México- Buenos Aires: Lumen.
- Semiz UB, Ba-o-lu C, Ebrinç S, Çetin M.(2007) Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*
- Stanton, M. D. y Todd, T.(1985) "Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas". Ed. Gedisa. Barcelona, 2006
- Sullivan, E (1997) "Uso indebido de drogas". Ficha de circulación interna de la cátedra de Psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Sullivan, E (2010) "Reflexiones en torno a la historia y actualidad de la infancia en riesgo" Ficha de circulación interna de la cátedra de psicología jurídica. . Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.
- Volnobich, J. Comp. (s/f) Abuso sexual en la infancia. El que hacer y la ética. Buenos Aires – Mexico : Grupo Editorial Lumen Hvmánitas.

- Zamorano, E. (2008) Dispositivo de atención en adicciones. Ficha de circulación interna de la cátedra de psicología Jurídica. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Agradecemos cordialmente a todas las personas e instituciones que hicieron posible esta investigación.

En primer lugar a nuestra supervisora, la Lic. Graciela LLarull por su dedicación y apoyo incondicional. Por compartir con nosotras todo su saber, así también como por ser una persona loable, amable, afectiva y comprensiva, siempre lista a dar respuesta a nuestras inquietudes, brindándonos toda su confianza y predisposición. Además por facilitar la realización de este trabajo y permitir que el mismo fuera gratificante para nosotras.

Queremos agradecerle también, al Lic. Eduardo Zamorano, Director de la Comunidad Terapéutica de Chapadmalal, quien amablemente nos abrió las puertas de la institución, permitiéndonos acceder a los datos necesarios para poder llevar a cabo la presente investigación. Sin más palabras, queremos destacar su importante colaboración y generosidad.

Por último agradecemos a todo el equipo técnico de la Comunidad Terapéutica de Chapadmalal, en especial al Lic. Sergio Gonzales, quien aportó información valiosa en la recolección de los datos, y ha mantenido una actitud de cordialidad y amabilidad en todo el proceso investigativo.

Esta investigación de pregrado es el cierre de una etapa importante en nuestras vida, por lo tanto no podemos dejar de dar gracias a todos nuestros familiares y amigos que han compartido tanto las satisfacciones como los obstáculos que atravesamos durante estos años de formación.



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA