

Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

2004

Aporte de terapia ocupacional para la prevención de la drogadependencia

Bustos, Guadalupe

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/770>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Tesis de grado

**"Aporte de Terapia Ocupacional para la
Prevención de la Drogadependencia ."**

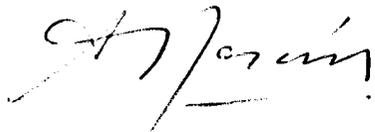
Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario: 2300	Signatura: top
Vol	Ejemplar: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

**BUSTOS, GUADALUPE.
FORTE, NATALIA.**

Mar del Plata, febrero DE 2.004.-

DIRECTOR

*Lic. en Terapia Ocupacional
García Cein, Emma Inés.*



ASESOR METODOLÓGICO

*Lic. en Terapia Ocupacional
Gordillo, Norma.*



ASERAMIENTO ESTADISTICO

*Dra. Ubeda, Clotilde
Laboratorio Ideas, INE*



AUTORAS:

Bustos, Guadalupe. 

Forte, Natalia. 

A quienes de una u otra manera formaron parte de la gestación y elaboración de esta tesis, particularmente a Emma, Norma y Nené que con su dedicación colaboraron para que este trabajo sea posible.

A nuestras familias, novios y amigos por estar siempre a nuestro lado cuando lo necesitamos.

INDICE.**1-PRESENTACIÓN.**

Introducción.....	Pág. 2
Bibliografía.....	Pág. 5
Problemas y objetivos.....	Pág. 7

2-ESTADO ACTUAL

Estado Actual.....	Pág. 8
Bibliografía.....	Pág. 18

3-ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL MARCO TEÓRICO.**Capítulo I: Prevención primaria.**

Salud.....	Pág. 19
Atención Primaria.....	Pág. 21
Prevención primaria.....	Pág. 24
— Promoción de la salud.....	Pág. 26
— Educación para la salud.....	Pág. 28
Terapia ocupacional y prevención primaria.....	Pág. 30
Bibliografía.....	Pág. 37

Capítulo II: Adolescencia.

Adolescencia.....	Pág. 40
Bibliografía.....	Pág. 52

Capítulo III: Terapia ocupacional en prevención primaria.

Drogadependencia.....	Pág. 54
Prevención en drogadependencia.....	Pág. 59
Terapia ocupacional en prevención primaria de drogadependencia.....	Pág. 66
Bibliografía.....	Pág. 72

4-ASPECTOS METODOLÓGICOS

Diseño y tipo de estudio.....	Pág. 74
Población y muestra.....	Pág. 75
Definición de la variable.....	Pág. 77
Método de recolección de datos.....	Pág. 90
Plan de análisis y tabulación.....	Pág. 91

5-ANÁLISIS DE DATOS.

Análisis uni y bi-variado.....	Pág. 96
Análisis de correspondencias múltiples.....	Pág. 114

6- CONCLUSIÓN..... Pág. 120**7- PROPUESTA DE T.O.....** Pág. 123**8- SUGERENCIAS.....** Pág. 129**9-BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....** Pág. 130**10-GLOSARIO.....** Pág. 135**7-ANEXOS.....** Pág. 136

INTRODUCCIÓN.

Introducción

A lo largo de la historia, el hombre ha utilizado diversas sustancias con diferentes propósitos. Lo cierto es que la drogadependencia como fenómeno actual, no tiene puntos en común con el consumo de drogas histórico, un consumo ritual, ceremonial, reglado.

La realidad cotidiana nos invade con propuestas de consumo diversas, incluidas las sustancias, como respuesta normal y esperable para apalear el malestar. Estimulando al joven a ingresar en un universo de satisfacciones inmediatas, y promoviendo la concepción de que la vida es el presente y que hay que disfrutarlo mediante la obtención de productos que “aseguren” la “felicidad”, el “éxito” y el “bienestar”. (I)

“El desarrollo de la identidad social de la persona se debate en un escenario en el que el consumismo, el materialismo, la salida ilusoria y la inmediatez, conspiran contra la elaboración progresiva, reflexiva y no impulsiva de un proyecto de vida.”¹

“Si bien no hay un periodo de la vida donde la problemática del consumo este ausente, es en los adolescentes en los cuales ha impactado más agudamente el problema en los últimos años. La droga está aunque no se consuma, circula y se mueve alrededor de ellos y ha adquirido el carácter de un elemento más del universo juvenil.”²

Es preciso reconocer la realidad y a partir de ella trabajar para contribuir al desarrollo integral de los adolescentes. Considerando a la adolescencia como una etapa de transformaciones corporales, intelectuales, emocionales y sociales. La sumatoria de las mismas provocan una crisis, definiendo esta como una situación decisiva en la que se

¹ SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. *Prevención de las adicciones, contenidos de sensibilización*. 2000. Pág. Web.: www.sedronar.gov.ar

² SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. *Ibid.*

encuentra una persona desde el momento que comienza un cambio hacia una situación nueva.

“La crisis por la que atraviesa el adolescente no implica enfermedad, tampoco puede ser evitada, solo necesita ser resuelta. El modo de resolución dependerá de la interrelación de múltiples factores individuales, familiares y sociales. De manera que dicha crisis estará asociada con crecimiento y cambio positivo siempre que el adolescente disponga en función de su historia de vida, de los recursos necesarios para realizar los ajustes requeridos, y de un entorno tanto familiar como social que colabore con su fortalecimiento.”³ Por lo expuesto anteriormente, pretendemos resaltar la importancia de la *prevención en drogadependencia y la promoción de la salud en la población adolescente.*

Siendo el objetivo que se persigue en esta investigación, conocer cuales son aquellos factores protectores presentes en adolescentes escolarizados de la ciudad de Mar del Plata, es decir, aquellos que influyen de manera positiva sobre la salud, disminuyendo la probabilidad de una drogadependencia, con la finalidad de elaborar posibles acciones de protección y promoción de la salud, desde Terapia Ocupacional, como miembro integrante de un equipo interdisciplinario.

El Terapeuta Ocupacional en la tarea preventiva utiliza entre otros recursos diversas actividades dirigidas a favorecer actitudes y hábitos de vida saludables, crear condiciones de desarrollo alternativo de las personas y de los grupos sociales.

Durante muchos años las políticas públicas en el tema, estuvieron direccionadas a provocar miedo, rechazo, angustia. Actualmente el enfoque ha cambiado, se considera a la drogadependencia como un comportamiento humano y por lo tanto, complejo y multifacético. Requiriendo un abordaje integral, que no tenga en cuenta sólo la naturaleza química de la droga y sus efectos, sino también al individuo y su contexto. (1)

³ SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. Op.cit. Pág. 1.

Prevenir el abuso de drogas significa superar los enfoques limitados a las advertencias sobre el riesgo que implica el consumo. Para esto se requiere promover recursos en los adolescentes que generen la posibilidad de analizar críticamente la realidad, desempeñando en libertad un rol activo para afrontar y recrear situaciones críticas vitales con mayor capacidad.

A manera de síntesis de la introducción y apertura de nuestro trabajo queremos compartir esta poesía que da cuenta de nuestra manera de entender la prevención:

Prevenís cuando...

Suscitas convicciones personales, no cuando impones tus convicciones;
propones valores que motivan, no cuando impones conductas;
enseñas a caminar, no cuando impones caminos;
despiertas el coraje de ser libres, no cuando impones el sometimiento;
fomentas la capacidad de pensar, no cuando impones tus ideas;
favoreces el acercamiento y la comunicación,
no cuando impones el temor que aísla;
cultivas la autonomía del otro, no cuando impones tu autoridad;
respetas la originalidad, no cuando impones la uniformidad;
favoreces la responsabilidad, no cuando impones disciplinas;
ganas el respeto, no cuando lo impones autoritariamente;
estimulas la participación, no cuando impones el miedo que paraliza;
muestras el sentido de la vida, no cuando impones información de memoria.

ANÓNIMO

Bibliografía

- ❖ (1)-MIROLI, A. B. Droga y drogadictos. Ediciones Lidium. Bs. As. 1992.

Página consultada en Internet

- ✓ www.sedronar.gov.ar

Problema:

¿Cuáles son los factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia, en adolescentes de 14 y 15 años de edad que concurren a colegios privados y estatales de la ciudad de M.d.P en el año 2003, detectables desde la incumbencia de T.O. en prevención primaria?

Objetivo general:

Conocer los factores que protegen ante el riesgo de desarrollar drogadependencia en adolescentes en edad escolar, detectables desde la incumbencia de T.O. en prevención primaria.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar factores protectores referidos al adolescente.
- ✓ Caracterizar la población adolescente según dichos factores protectores.
- ✓ Describir posibles estrategias de abordaje desde T.O. en prevención primaria.

ESTADO ACTUAL.

En la búsqueda bibliográfica de antecedentes a este trabajo, realizada en Internet, utilizando como base de datos a MEDLINE y ADOLEC se hallaron las siguientes investigaciones relacionadas con el tema, las mismas brindan diferentes tipos de análisis y reflexiones a cerca de la problemática, de acuerdo al enfoque en el cual se sustenta.

STEWART, C. *La influencia de la espiritualidad en el uso de sustancias en estudiantes universitarios. Fuente: J Drug Educ; 31(4): 343-51. 2001.*

El uso de sustancias y sus consecuencias se ha convertido en una preocupación importante en los Estados Unidos. En la última década, han surgido nuevas tendencias en los que respecta al uso de sustancias en estudiantes universitarios y como consecuencia se requiere un esfuerzo para intentar determinar los factores que pueden mejorar el problema.

El propósito de este estudio es explorar la relación entre una creencia espiritual y religiosa del estudiante y la decisión para utilizar sustancias.

Se tomó una muestra de 337 estudiantes universitarios a los cuales se le realizó una encuesta configurada con preguntas sobre el consumo de alcohol y drogas como base, y varias preguntas complementarias.

Como resultado se determinó que generalmente la espiritualidad tiene un efecto moderado sobre la decisión de utilizar alcohol y marihuana.

Conclusión: La espiritualidad puede desempeñar un papel significativo en la decisión de los estudiantes universitarios para utilizar sustancias. La investigación adicional debe centrarse en este factor importante. También, la puesta en practica de aspectos espirituales en los programas de prevención universitaria.

BROOK, J. S. ; BROOK ,D. W. ; DE LA ROSA, M. ; WHITEMAN, M. ;JONSON, E. ;MONTROYA, I. *Uso ilegal de drogas en los adolescentes: el impacto de la personalidad, de la familia y de los factores ambientales. Fuente: J Beba Med; 24(2): 183-203, Abril 2001.*

Este estudio examina la relación entre los factores ambientales, el uso ilegal de drogas en la familia, tipo de relación parental con el niño, las cualidades maternas y la personalidad del adolescente y el uso ilegal de drogas en el adolescente.

Fue entrevistada una muestra de 2837 jóvenes colombianas y sus madres. Se obtuvieron datos sobre los factores intrapersonales, interpersonales y ambientales en sus vidas. Los resultados indicaron que ciertos factores ambientales (violencia, disponibilidad de la droga y machismo), el uso de drogas en la familia, una relación distante padre-hijo y el comportamiento poco convencional son factores de riesgo para el uso ilegal de drogas en los adolescentes. Tal como se hipotetizó, los resultados demostraron las influencias nocivos del uso ilegal de drogas en la familia sobre el consumo en el adolescente. Este último se puede proteger por practicas parentales protectoras y factores ambientales, conduciendo a un menor uso de drogas ilegales.

Los esfuerzos de la prevención y del tratamiento deben incorporar factores protectores ambientales, familiares e intrapersonales.

OBANDO, P.; SAENZ, M. Percepción, consumo factores asociados con el fenómeno droga en la población escolar de Heredia. San José, Costa Rica. 1998. Publicación: Adicciones. Vol. 12. N° 1. Edit. Socidroalcohol. (Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías). 2000

El objetivo de este estudio fue analizar el uso y abuso de drogas, así como los factores protectores y de riesgo asociados con el consumo de drogas en niños escolarizados entre 9 y 14 años de edad, para arribar a la formulación de estrategias preventivas y generar nuevas investigaciones que profundicen la problemática de las drogas en cada comunidad o localidad de Costa Rica.

Para la realización de este estudio se utilizó una metodología censal, es decir, se aplicó el instrumento al total de estudiantes presentes en las aulas. Se encuestó un total de 386 escolares de 5° y 6° año de enseñanza primaria de ambos sexos, con un rango de edad

de 9 a 14 años, en este sentido se trabajó en tres escuelas urbano-marginales localizadas en el cantón central de la provincia de Heredia (Guarí, los Nísperos o la Milpa, y la Gran Semanaria), lo que representa un 50% del total de las escuelas urbano-marginales y un 7% de la totalidad de escuelas de la provincia. Las escuelas fueron seleccionadas por tener un total de población estudiantil mayor y pertenecer a comunidades con importantes diferencias socioeconómicas. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado, compuesto de 22 preguntas, las cuales consideraban cuatro áreas específicas: Información sociodemográfica general, percepción de sí mismo y del ambiente, percepción de riesgo del consumo y la presencia de consumo de drogas.

En el ámbito de la prevención, se determinaron como factores de riesgo para el consumo de drogas: La disponibilidad de estas (oferta), el consumo en el grupo familiar, así como una mayor edad y grado escolar. Sobresale como factor protector el mantener la práctica de algún credo religioso e información, aspecto éste que reiteradamente ha sido mencionado por los especialistas.

HIDROVO, N. B.; CASTELLANO, L.; NIETO, G. Factores protectores familiares para prevenir conductas de riesgo en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito. Ecuador. 1998.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores protectores familiares que intervinieron evitando el desarrollo de conductas de riesgo para la salud de los/las adolescentes que concurren a un colegio de la ciudad de Quito.

El estudio se realizó en un grupo de 118 alumnos de cuarto y quinto curso de un colegio fiscal mixto de Quito. Fueron analizadas cuatro conductas de riesgo: repitencia en el colegio, fumar, tomar licor y tener relaciones sexuales en forma precoz frente a determinados factores familiares protectores. La información se obtuvo a través de encuestas reservadas y anónimas realizadas a estos estudiantes.

Se demostró estadísticamente a través del riesgo relativo, la influencia fuertemente protectora de factores familiares tales como: buenas relaciones familiares y confianza de los adolescentes en sus padres. De cierto beneficio fueron el nivel de instrucción de los padres y la estabilidad de los padres en el trabajo. Se identificó a la familia desorganizada como un factor de riesgo.

Como conclusión de estos resultados, se deduce que los factores protectores familiares deben ser tomados en cuenta como una fortaleza y apoyo para proteger a los/ las adolescentes de adquirir conductas de riesgo que menoscaben su salud y desarrollo humano, componentes importantes de los estilos de vida saludable.

BELCHER, H. M. ; SHINITZKI, H. E. Abuso de sustancias en niños: Predicción, Protección y prevención. Fuente: Arch Pediat Adoles Med; 152(10) 952-60, octubre 1998.

El objetivo fue revisar los últimos estudios con respecto a factores de riesgo y protección para el desarrollo de abuso de sustancias y la eficacia de las intervenciones preventivas para la población pediátrica. Para lo cual se realizó una lectura comprensiva de la literatura sobre prevención de abuso de sustancias en los últimos 10 años, utilizándose múltiples bases de datos (incluyendo MEDLINE y ERIC), junto a monografías de investigaciones del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas y del Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias. También se obtuvieron datos proporcionados por informantes claves.

La población de estudio incluyó niños, de diversos grupos sociales y raciales, desde el nacimiento hasta la adolescencia, los cuales fueron seguidos en estudios longitudinales con el objetivo de observar factores protectores y/o de riesgo para el desarrollo de abuso de sustancias y su respuesta a los programas de prevención de drogas. Se utilizaron también investigaciones sobre predisposición al riesgo de abuso de drogas en adultos.

La información fue extraída y resumida de las mismas publicaciones. Los estudios se designaron aleatoriamente para determinar la eficacia del programa de prevención.

Se arribó a la conclusión de que los factores que contribuyen a la aparición del abuso de sustancias en la población pediátrica son múltiples. Los factores del comportamiento, emocionales y ambientales que colocan al niño en riesgo para el desarrollo de abuso de sustancias pueden ser abordados mediante programas de prevención basados en investigaciones de las características culturales y sociales relevantes, favoreciendo los factores protectores mediante una educación para la salud en el ámbito escolar.

Situación de la problemática en nuestro país

Según el estudio nacional sobre consumo de sustancias adictivas realizado en *Argentina* en el año 1999 por la subsecretaria nacional de prevención de uso indebido de drogas, casi un tercio de los chicos de entre 12 y 15 años ya han consumido tabaco y un 62 % de los mismos ha consumido alcohol. En relación al consumo de sustancias adictivas ilícitas, más del 3 % de los chicos de esta edad ha entrado en el circuito de estas drogas mientras que un 2,6 % de los mismos consumen medicamentos en forma ilícita. No registrándose diferencias significativas entre los porcentajes totales de ambos sexos.¹

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada en las bibliotecas de la ciudad de Mar del Plata encontramos un estudio exploratorio llevado a cabo por una alumna de la facultad de psicología en el año 2002, con el objetivo de conocer el campo profesional de la prevención y el tratamiento de la drogadependencia en la Ciudad de Mar del Plata, a través de la descripción de la modalidad de trabajo y la fundamentación teórica de tres instituciones: una O.N.G.(El Faro); una municipal (S.E.M.D.A.) y una provincial (C.P.A.).

¹ Míguez, H. Trabajo presentado en el 3° Congreso Nacional sobre adicciones de programa Cambio. Córdoba 2001. Pág. Web: www.geocities.com/hugomiguez

Como técnicas de recolección de datos se utilizó entrevistas efectuadas a profesionales que trabajan en las instituciones mencionadas, de las cuales se realizó un análisis cualitativo. Complementariamente se llevó a cabo una síntesis descriptiva de los libros de texto en los que cada institución afirmó fundamentar su modo de trabajo.

Se arribó a la conclusión de que en las diversas instituciones, más allá del modo particular de abordaje, se tiene en cuenta los aspectos personales, familiares y sociales; y es llevado por equipos técnicos compuestos en general por: psiquiatras, psicólogos, asistente social, terapeuta ocupacional, acompañantes terapéuticos, técnicos de prevención de adicciones, entre otros.

Con respecto a la prevención, en la Municipalidad de General Pueyrredón y el área preventiva del C.P.A., se trabaja en prevención específica e inespecífica apuntando fundamentalmente a restablecer lazos sociales a través de la construcción de nuevas redes sociales y el fortalecimiento de la ya existente. Se apunta a lograr la participación y el compromiso de toda la comunidad: vecinos, grupos y organizaciones, para la puesta en marcha de pequeños proyectos. Se trata de fortalecer factores de protección y disminuir factores de riesgo, así como también capacitar y formar agentes comunitarios.(2)

Situación de Terapia Ocupacional con respecto al abordaje en drogadependencia:

Existe escaso material a cerca de trabajos de investigación por parte de Terapia Ocupacional, en la problemática de drogadependencia.

En cuanto al área preventiva, en una tesis de grado realizada por alumnas de Terapia Ocupacional en el año 1998, se intentó establecer los conocimientos adquiridos durante la formación de grado que le permitan a los lic. en T.O. actuar en prevención primaria de drogadependencia.

La población de estudio estuvo conformada por lic. en T.O. graduados entre los años 1987-1997 en la facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social asociados a la A.M.T.O.

(Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales) que residían en Mar del Plata; tomándose una muestra de 36 lic. en T.O. que representaba el 85% de la población de estudio. Para la recolección de datos se utilizó una encuesta.

Se concluyó que la formación de los lic. en T.O. está orientada básicamente a la función asistencial .

En el área asistencial de la drogadependencia fueron halladas dos tesis de grado:

ALBERA, M. A. Modificación del comportamiento de drogadependientes en proceso de rehabilitación. Universidad Abierta Interamericana. Licenciatura en T.O. 2000.

La presente investigación se basa en un diseño cuasiexperimental, sin grupo control, de tipo exploratorio. Fue realizada en un grupo de 5 sujetos drogadependientes, 2 mujeres y 3 varones, sus edades oscilan entre los 15 y 24 años de edad, encontrándose en proceso de rehabilitación bajo la modalidad de tratamiento de comunidad terapéutica en la Asociación Católica de Rehabilitación de Adicciones "Nazareth". Cañada de Gómez. Provincia de Santa Fé.

Mediante un plan de tratamiento de modificación de conducta en el área de T.O. se intentó modificar comportamientos inadaptados mediante el aprendizaje de nuevas destrezas de interacción, presentando refuerzos ambientales.

Se realizó una evaluación de las destrezas interpersonales y de interacción grupal de cada sujeto. A continuación se aplicó el plan de tratamiento, que consta de tres etapas entre las que se alternaron dos evaluaciones y al finalizar el tratamiento se realizó la evaluación final.

Como resultado se pudo observar y evaluar que los sujetos, en la medida que transcurría el plan de modificación de conducta, pudieron ampliar sus destrezas de relación proyectándolas en las demás actividades que se desarrollaban en la comunidad terapéutica.

Concluyéndose en que dicho tratamiento pudo proveer a estos individuos el ambiente que les permita aprender las destrezas necesarias para adaptarse, adquiriendo nuevos patrones de comportamiento.

JULIO, L. S. Estrategia de Terapia Ocupacional para el abordaje del adolescente drogadicto. U.N.M.P.1997

Se investigó la aplicación de la estrategia de T. O. para producir modificaciones en las conductas manifiestas del adolescente drogadicto en relación con su cuerpo, con el medio ambiente, en la interacción con sus pares y en la relación con la autoridad.

Se realizó un análisis cuanti-cualitativo de 32 adolescente internados en el Centro Nacional de Reeducción Social.

Los resultados obtenidos muestran que la implementación del modelo de abordaje de Terapia Ocupacional instrumentada a través de la actividad pautada de libre elección permite mejorar la calidad de vida del adolescente drogadicto, en tanto como “proceso de formación” lo prepara para el logro de una eficaz Rearticulación Social. Pero, es necesario que la labor de Terapia Ocupacional se articule con una tarea interdisciplinaria dentro de un marco institucional que opere como soporte normativo.

En la Ciudad de *Mar del Plata*, diversas instituciones atienden específicamente estas patologías:

G.A.D. (Grupo de ayuda al drogadependiente. Centro de día Travesía): es una asociación civil sin fines de lucro que desde el año 1995 se dedica a la prevención, diagnóstico, asistencia y reinserción de personas que padecen por el uso, abuso o dependencia de drogas y/o alcohol. El equipo técnico profesional está conformado por: psiquiatra, psicólogas, profesor en educación física, contando con una terapeuta ocupacional que desempeña su función en el mismo. ²

² Informante clave Lic. en T. O. GARCIA CEIN, E.

POSADA DEL INTI : es una institución civil sin fines de lucro que funciona desde marzo del 2002, brindando servicios de prevención y asistencia a personas dependientes (internación, centro de día, centro de noche y consultorio externo). El equipo de trabajo está conformado por: psiquiatra, psicólogos, estudiante de asistente social, operadores terapéuticos, coordinadores, medica generalista y profesora de teatro. Esta institución no cuenta con T. O. Aunque reconoce su importancia. ³

S.E.M.D.A. : Servicio Municipal que depende del departamento de Salud Mental desde el año 1997. Brinda servicios de asistencia y prevención de las adicciones. El equipo interdisciplinario está conformado por: Psicólogo, Asistentes Sociales, Psiquiatra, Acompañantes Terapéuticos y Talleristas.

Esta institución también cuenta con una Terapista Ocupacional formando parte del equipo técnico.⁴

FARO: Organización no gubernamental que funciona desde el año 1993, prestando servicios de asistencia (tratamiento ambulatorio grupal con asistencia familiar, terapia individual, hospital de medio día, hospital de día e internación) y prevención. El equipo técnico presenta una modalidad denominada “mixta”, conformado por profesionales (Psiquiatra y Psicólogo), Operadores Terapéuticos y Voluntariado. Actualmente no cuenta con Terapista Ocupacional formando parte del equipo. ⁵

C.P.A. (Centro Preventivo Asistencial de Adicciones de la ciudad de Mar del Plata): fue creado hace aproximadamente 10 años y cuenta de dos áreas: Área psicosocial, que realiza la recepción de los pacientes, la evaluación diagnóstica y el tratamiento y el Área preventiva, que desarrolla acciones preventivas que apuntan a brindar información y a la concientización sobre la problemática a través de medidas educativas.

³ Informante clave Director MESSINA, F.

⁴ Informante clave Lic. en T. O. GUERRA, G

⁵ Informante clave Técnico en prevención de adicciones SCHIPANI, L.

Cuenta con los siguientes dispositivos: consultorio externo, casa de medio día, espacio de orientación familiar, G.A.B.A. (grupo de autoayuda bonaerense), no brinda internación aunque realiza tramitaciones de internaciones a otras casas.

El equipo técnico está conformado por psicólogo, operadores terapéuticos, profesores de educación física, abogado para las derivaciones judiciales y técnicos en prevención de adicciones.⁶

A partir de la información obtenida podemos observar que son escasos los Terapistas Ocupacionales que desempeñan su función en el área. Por otra parte desde las instituciones se reconoce la importancia del aporte de esta disciplina al equipo.

⁶ Informante clave Lic. en Psicología INGRATTA, P.

Bibliografía

- ❖ (1)-ALBERA, M. A. Modificación del comportamiento de drogadependientes en proceso de rehabilitación. Universidad Abierta Interamericana. Licenciatura en T.O. Año 2000.

- ❖ (2)-EGGENSCHWITER, E. Prevención y tratamiento de la drogadependencia en la ciudad de M.d.P. Tesis de pre-grado. Facultad de Psicología. U.N.M.d.P. Año2002.

- ❖ (3)-JULIO, L. S. Estrategia de Terapia Ocupacional para el abordaje del adolescente drogadicto. U.N.M.P. Año 1997.

ASPECTOS FUNDAMENTALES

DEL MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I

Atención primaria de la Salud:

Terapia Ocupacional en prevención
primaria.

1.1 Salud.

A modo introductorio del primer capítulo queremos destacar la óptica desde la cual comprendemos el concepto de salud, lo que nos permitirá con posterioridad definir la prevención primaria a partir de la conceptualización dada en nuestro trabajo.

La O.M.S. define la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Consideramos que este estado de “completo bienestar” es un concepto utópico, es más factible aceptar, tal como afirma Mirta Videla que la salud y su contrapartida la enfermedad poseen diferentes significados que deben ser considerados en el contexto de cada cultura”²

Desde este punto de vista adherimos al concepto de salud como “ el mejor equilibrio que una persona pueda tener en una relación activa con su medio ambiente en un momento determinado de su vida en un país, en una cultura y en un momento histórico.”³ Por lo tanto entendemos que es el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en que vive... es un proceso esencialmente dinámico, en el cual la condición de “sano” y “enfermo” son dos momentos de un mismo proceso.⁴

Cabe mencionar a Enrique Pichón Riviere quien opina que todo criterio de salud reúne una concepción del hombre, es una actividad transformadora que tiene su motor en la necesidad y donde la elaboración de un criterio de salud significa el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. El sujeto es sano en la medida en que

¹ Declaración de ALMA- ATA. *Revista de salud mundial*. Art. 1. Agosto-septiembre. 1998. Pág. 16.

² VIDELA, MIRTA. *Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*. Ediciones cinco. Buenos Aires. 1991. Pág. 17.

³ O.P.S. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica N° 557. 1996. Pág. 26

⁴ STEPKE, F. L. *Ciencias Sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*. Edit. universitaria 1992. Pág. 74

aprehenda la realidad en una perspectiva integradora y tenga capacidad para transformar esa realidad, transformándose a la vez él mismo.⁵

Concebimos entonces a la salud, en forma positiva, como “calidad de vivir” y en este sentido, es evidente la prioridad de las estrategias de protección y promoción y de la salud que respondan a una visión integral, multidisciplinaria del individuo, considerándolo en su contexto familiar, social y comunitario, que permitan: desarrollar los conocimientos, fomentar el análisis crítico y la toma de conciencia, el sentido de responsabilidad frente a los problemas y cuidados de su propia salud y la de los demás, desarrollar y fortalecer aquellas condiciones sociales e individuales que favorezcan la salud, facilitando la participación activa y el compromiso comunitario.(3)

⁵ DEL CUETO, A. M.; FERNÁNDEZ, A. M.; BAULEO, A.; PAVLOSKY, E. Y otros. *Lo grupal 2*. Ediciones. Búsqueda. Bs. As. 1985. Pág. 90.

1.2 Atención Primaria

La O.M.S. en 1977, estableció una política de salud denominada “Salud para todos en el año 2000”, que pretendía que todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 alcanzaran un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. “ Desde aquellos años, numerosos hechos trascendentes han conmovido la salud pública y las condiciones de salud de los niños y jóvenes de América Latina. Por una parte la mortalidad de los menores de cinco años se redujo sensiblemente en toda la región de América Latina y el Caribe.

...Por otra parte, los éxitos de las intervenciones básicas en Atención Primaria en Salud (A.P.S.), han permitido llevar las coberturas de vacunación a sus niveles históricos más altos (...) Y sustancialmente se ha reducido la incidencia y prevalencia de enfermedades como sarampión, poliomielitis, etc. Por otro lado debemos reconocer (...) que la eficacia de los sistemas de salud no ha sido la deseable en cuanto a brindar servicios con sentido equitativo a toda la población.

...De allí que frente a los éxitos en la capacidad de reducción de muertes, tengamos que preguntarnos sino será que América Latina está en otro momento de la evolución histórica de la salud y educación, y tiene que medirse más en términos de desarrollo integral, de calidad de vida de los niños, los jóvenes y toda la comunidad”⁶

Esta realidad nos compromete como futuros profesionales de la salud a sumarnos al esfuerzo de no pocos profesionales que día a día, en la cotidianeidad, trabajan para que la salud sea un derecho social universal. Poniendo en práctica la A.P.S., estrategia que surge para el logro de la política sanitaria mencionada. Estrategia específica que en 1978, en la conferencia internacional del Alma Ata (patrocinada por O.M.S.-UNICEF)

⁶ SUAREZ OJEDA, E. N. *El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud*. Revista Medicina y sociedad. Vol. 19. Nº 1. Enero- marzo. 1996. Pág. 18-19.

quedó definida como (“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables; puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas del desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación”). Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud, al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de la asistencia sanitaria”.⁶⁷

→ Entre las características de los programas de A.P.S. deben figurar: la **universalidad** (toda la población debe tener acceso a los servicios), la **equidad** (igualdad de oportunidades de acceso a todos los niveles), y la **continuidad** (no deben ser esporádicos). Con respecto al contenido de los mismos, deben acentuarse las actividades que apunten a satisfacer aquellas necesidades prioritarias. (7)

A sí mismo, las acciones, en lo que respecta a la A.P.S. deben ser integrales, es decir, deben afectar no solo a lo curativo, sino fundamentalmente a lo preventivo, por ello se las denomina:

- **Prevención Primaria** (promoción y protección de la salud); esta encaminada a tratar de evitar la aparición de un trastorno, proceso o problema. Las estrategias utilizadas desde esta perspectiva tienen por objetivo, por un lado, promover estilos de vidas saludables (prevención inespecífica) y por otro lado, intervenir directamente sobre un problema específico a fin de evitar su aparición (prevención específica).

⁷ KROEGER, A; LUNA; R. *Atención Primaria de la Salud. Principios y métodos*. O.P.S. Ed. Pax México. 1992. 2ª Edición. Pág. 16

“La promoción de la salud exige la participación de una población conocedora del proceso para lograr el cambio de las condiciones que determinan la salud.”⁸ En este sentido, “...la educación para la salud es una herramienta imprescindible que brinda oportunidades de aprendizajes, creadas concientemente, con vista a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada”.⁹

- **Prevención Secundaria** (diagnostico precoz y tratamiento oportuno); trata de reconocer y poner término lo antes posible a un trastorno, proceso o problema o bien remediarlo parcialmente. En este nivel se establece como objetivo fundamental el diagnóstico y tratamiento precoz, así como la prevención de secuelas.
- **Prevención Terciaria** (Rehabilitación), se orienta a detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y sus consecuencias, aun cuando persista la condición patológica previa. Se caracteriza por el tratamiento especializado, la recuperación de la salud, la rehabilitación y reinserción social. (3)

Si bien existe una interrelación permanente entre un tipo de prevención y otra, en este trabajo hacemos referencia a los tres tipos para enfatizar la Prevención Primaria, siendo éste el tema que nos ocupa ya que compartimos con la O.P.S. y O.M.S. al postular que de todos los elementos que componen la Atención Primaria en Salud, la promoción y prevención son los que ejercen mayor impacto.¹⁰

⁸ O.P.S. Pág. 184. op.cit. Pág. 21.

⁹ O.P.S. Pág. 385 Ibid.

¹⁰ O.P.S. *Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil*. Serie Paltex N° 7. 1986.Pág. 7.

1.3 Prevención Primaria.

Etimológicamente “prevenir” significa anticipar, preceder, imposibilitar a través de medidas anticipadas a la aparición de un problema.

Desde una concepción tradicional “La *Prevención Primaria* se define como el proceso en el cual se llevan a cabo acciones que tienden a “evitar”, “modificar” y/o “reducir” aquellos factores que conducen al individuo a manifestarse de modo patológico.”¹¹ Actualmente se reconocen junto a los llamados factores de riesgo, la presencia de factores protectores, concepto complementario que amplía el campo de las intervenciones en prevención primaria, cuyas acciones comprenden la promoción y protección de la salud, acciones que posibilitan poner al alcance de todas las personas, los recursos necesarios que le permitan cuidarse y tomar una actitud participativa en los hechos de salud.

La prevención entonces, se realiza por medio de “acciones anticipadas” que basadas en el conocimiento del problema lleven a evitar su aparición o su desarrollo ulterior. Así como también apunta a reconocer aquellas cualidades y potencialidades que permiten a las personas enfrentar positivamente sus experiencias. Incluye a todos los miembros de la comunidad en el desarrollo, la aplicación y evaluación de los programas de acción, en un proceso activo tendiente a modificar y/o mejorar la formación integral y la calidad de vida de las personas. Este proceso debe entenderse como continuo, dinámico e interrelacionado. (3) (8) En el que la **participación comunitaria** es un procedimiento indispensable para que la salud se convierta en un patrimonio social. (21)

Dado que el término “participación” se utiliza tan ampliamente y es un elemento importante en la elaboración e implementación de programas de salud, es

¹¹ D' AGNONE, O. *Prevención y terapéutica de las adicciones*. Cap. 5. RUT, MAGGI. Programas y experiencias. Criterios básicos de la prevención. 1999. Pág. 103.

conveniente aclarar que se entiende por participación y porque que se trata de un concepto fundamental.

En la carta de Ottawa se estableció que: “Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en el planeamiento y la implementación de su propia atención de salud”.¹²

Adherimos al concepto de L. De la Revilla Ahumada y otros al plantear la participación como un proceso de información, planificación, realización y evaluación en el que la comunidad es participe activa de todas y cada una de las fases del mismo para que de esta forma, decida cuales son las prioridades en el campo de salud y de que forma y con que recursos se producen las acciones encaminadas a corregirlas.¹³ Aunque nos parece oportuno agregar que, a nuestro criterio, no todas las prioridades en los temas de salud, necesariamente constituyen una situación problema que requiere corrección, sino por el contrario existen potencialidades, aptitudes en el seno de la comunidad misma que deben ser pensadas como prioridades para propiciar acciones encaminadas a estimular y fortalecer las mismas.

Así es que, consideramos que las estrategias de prevención primaria deben permitir a la comunidad ser protagonista en el proceso de gestión de su propia salud, para que de ese modo puedan dejar de ser “ sujeto pasivo” que se limita a la mera recepción de los servicios que le brinda el sistema de salud y se transforme en “sujeto activo” del mismo sistema, participando concientemente y con responsabilidad en la construcción y ejecución de programas sanitarios adquiriendo autonomía en la promoción de su propio desarrollo.

No puede esperarse una participación de la comunidad sino se brinda el espacio para analizar sus propias necesidades y demandas de salud, expresar su opinión al

¹² O.M.S. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Material interno de la cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. U.N.M.d.P. 1996. Pág. 3

¹³ ZURRO-PEREY, A. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas*. Edit. Doyma. España. 1986. Pág. 75.

respecto y participar comprometidamente en la programación y evaluación de todo el proceso de atención de esta manera se garantiza la adecuación de los programas a las necesidades de la comunidad.

Consideramos fundamental mencionar la participación comunitaria ya que creemos prioritario fomentar en los adolescentes y en su entorno (como miembros de la comunidad) aquellos recursos necesarios para promover y cuidar su salud, generando una actitud proactiva individual y colectiva, donde cada miembro asuma sus actos corresponsablemente y no como meros agentes pasivos de su situación.

Por este motivo el objetivo de nuestra investigación fue detectar y describir los factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia que se hallan en la población adolescente. **Conocimiento previo esencial para la elaboración de estrategias de protección y promoción que tiendan a estimular y sostener dichos factores, centrando su atención en el fomento de las potencialidades del individuo, promoviendo su desarrollo personal y social.**

1.3.1 Promoción de la Salud.

“*La Promoción de la Salud* es el proceso de permitir a las personas que incrementen el control de, y mejoren, su propia salud. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable”.¹⁴ Este concepto implica una anticipación a la patología, una capacidad de actuar sobre factores o condiciones positivas para lograr el desarrollo humano.

“... Se centra en alcanzar la equidad, su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y

¹⁴ O.P.S. Pág. 29 Op. Cit Pág. 8.

recursos que faciliten a toda la población los medios de desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y desarrollo de aptitudes que permitan tomar decisiones en beneficio de la salud. La gente no puede alcanzar su plena salud potencial sino son capaces de asumir un control de todo lo que determina su estado de salud.”¹⁵

La promoción de la salud se basa en una visión multidisciplinaria del ser humano, abordando a las personas en su contexto. Asegurar el derecho a la salud y a la educación es responsabilidad de todos y es la inversión que cada sociedad debe hacer para generar a través de la capacidad creadora de cada uno de sus miembros un futuro social y humano sostenible.

Abordar la promoción de la salud, implica pensar el conocimiento no como transmisión sino como una construcción, brindando el espacio para que las personas puedan reflexionar sobre si mismas, sus intereses, evaluar y replantearse sus actos, observando críticamente el contexto, pudiendo adaptarse al mismo y de ser necesario modificarlo, favoreciendo la toma decisiones autónomas y responsables sobre su salud, la capacidad de respetar sus derechos y la integridad de terceros a la vez que defender los propios. Contando con mejores herramientas para enfrentar las distintas situaciones conflictivas que se presentan en la vida, evitando situaciones de riesgo que las comprometan tanto a ella como a su comunidad.

1.3.2 Educación para la Salud

Entendemos la educación como un proceso interactivo de enseñanza aprendizaje que se desarrolla en el constante interactuar cotidiano.

¹⁵ O.M.S. CARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD. Op. Cit., pág. 14.

El hombre se encuentra en situación de aprendizaje durante toda la vida. Es mediante el proceso de educación para la salud, que se tiende a generar estilos de vidas saludables a través de la puesta en marcha de los medios adecuados para asegurar la formación y desarrollo de los individuos dentro de una óptica de promoción de la salud tendiente a favorecer los factores protectores de la comunidad.

“La Educación para la Salud es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir como enfrentar mejor en cualquier momento, sus problemas. El objetivo es generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y a la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones para que puedan tomar conciencia sobre aquellos aspectos sobre los que tienen derecho a exigir una solución a nivel central.

La Educación para la Salud brinda el espacio de intercambio, discusión y reflexión implicando responsablemente al individuo y a la comunidad en la toma de decisiones, en la defensa y promoción de la salud”¹⁶

Este proceso interactivo de apropiación de nuevas ideas no surge espontáneamente en la comunidad sino se propicia el ámbito de encuentro horizontal que facilite el intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico-científico y otras formas del conocimiento local, a través de un diálogo democrático entre ellos. De manera que cada miembro de la comunidad sea participe activo del proceso, que aporte sus propias experiencias e ideas, logre la comunicación de sus propios pensamientos, el afianzamiento de sus capacidades y el conocimiento de sus limitaciones.

¹⁶ KROEGER, A. Pág. 151.Op. Cit. Pág. 24.

La educación para la salud se inscribe allí donde se construyen los procesos de la vida cotidiana, de cara a la realidad, centrando su atención en el fomento de las potencialidades del individuo, promoviendo su desarrollo personal y social.

1.4 *Terapia Ocupacional en prevención primaria.*

Nos parece conveniente describir los conceptos generales de Terapia Ocupacional para introducirnos luego en el rol de dicha disciplina en prevención primaria.

Esta disciplina surge originariamente en el área de salud, centrándose en los discapacitados del aparato locomotor y en los enfermos psiquiátricos. Realizando sus intervenciones en instituciones tales como: Hospitales, Clínicas, Centros de Rehabilitación, Geriátricos, Escuelas Especiales, Centros de Día, entre otros, con el objetivo de mantener y/o aumentar, en los pacientes, el funcionamiento ocupacional.

A lo largo de los años, como respuesta a las nuevas necesidades en salud, Terapia Ocupacional, fue ampliando su campo de intervención. Su crecimiento fue desde la rehabilitación hacia la atención de pacientes agudos y la inclusión en programas de Atención Primaria en Salud.

Intentaremos conceptualizar la Terapia Ocupacional como práctica de salud, lo cual requiere una revisión previa de las diferentes definiciones que se han formulado. Diferencias que surgen en función del marco conceptual que se tenga como referencia. No pretendemos hacer un análisis exhaustivo, sólo mencionamos a continuación algunas de ellas:

En 1985, la universidad Nacional de Mar del Plata, propone definir al terapeuta ocupacional como el profesional capacitado para analizar, seleccionar, graduar e instrumentar los medios terapéuticos a través de actividades recreativas, socializantes,

artesanales, industriales, semindustriales, de la vida diaria y el manejo de las relaciones interpersonales en un encuadre que le es propio, a través de prevenir, mantener y favorecer la salud; brindando asistencia profesional al paciente, realizando el análisis ocupacional y ubicación laboral, realizando docencia e investigación.¹⁷

La federación mundial de T.O. (W.F.O.T.), en 1993 conceptualiza la T.O. como una disciplina de salud que le concierne a las personas con disminución, déficit o discapacidad física o mental, temporaria o permanente. Plantea que el T.O. profesionalmente calificado involucra al paciente en actividades destinadas a promover el restablecimiento y el máximo uso de sus funciones, con el propósito de ayudarlos a hacer frente a las demandas de su ambiente laboral, social, personal y doméstico y a participar en la vida en su más pleno sentido.

La T.O. puede ser indicada para cualquiera o todos de los siguientes ítem:

- Asistir para mantener el máximo bienestar.
- Prevenir el deterioro en un desorden crónico.
- Ayudar en el diagnóstico.
- Promover y restablecer las funciones biopsicosociales.
- Acelerar la convalecencia.
- Restablecer la capacidad laboral.
- Promover la adaptación e integración social.
- Examinar la estabilidad de la recuperación.

La selección de los procedimientos son acordes a las necesidades de cada paciente. En todos los casos la observación, el análisis y el seguimiento son parte esencial

¹⁷ Proyecto de Lic. en Terapia Ocupacional. U.N.M.d.P. Año 1985

en la función de un T.O. El éxito en el tratamiento depende cuantiosamente de las relaciones individuales y grupales involucradas, y el esfuerzo por el cual cada paciente puede ser alentado para encaminarse hacia su recuperación.

Los programas de T.O. son parte de servicios de salud en hospitales, (tratando desordenes físicos y/o mentales), hospitales de día, centros de rehabilitación, instituciones geriátricas, programas de atención en el hogar, escuelas y clínicas especiales, reformatorios, programas en la comunidad y en otras organizaciones que proveen rehabilitación y/o servicios de prevención, ambos dentro y fuera del modelo médico. El T.O. contribuye a la rehabilitación del paciente conjuntamente con otros miembros del equipo de tratamiento.¹⁸

La ley 17.132/67 del ejercicio profesional Cáp. V de los T.O., art. 72 define oficialmente el ejercicio de la Terapia Ocupacional en nuestro país como la aplicación de procedimientos destinados a la rehabilitación física y/o mental de inválidos, incapacitados, lesionados o enfermos; o como medio para su evaluación funcional, empleando actividades laborales, artísticas, recreativas o sociales.¹⁹

Francisco, R. B. considera que la T.O. no se trata de una simple aplicación de técnicas, definiéndola como una práctica de salud que propone el uso de actividades como recurso terapéutico, una de sus posibilidades es llegar a ser un espacio para transformarse a sí mismo y así contribuir a una transformación social más significativa a través de ese hacer.²⁰ Siguiendo los lineamientos de este autor, “lo que caracteriza a T.O. es precisamente el medio que se propone para tratar. En tanto, para que el uso de la actividad, acción, trabajo, puedan ser conceptuados como T.O., es preciso que satisfaga una serie de exigencias que se pueden resumir en principio en los cuatro requisitos que siguen:

¹⁸ WORLD FEDERATIONS OF OCCUPATIONAL THERAPISTS. Pág. Web.: www.wfot.org.au

¹⁹ SBRILER; L. *Introducción a Terapia ocupacional. Marcos conceptuales*. Ed. Catálogos. Bs.As. 1997. Pág. 38.

²⁰ SBRILER; L. Pág. 41. Ibid.

En primer lugar, es necesario que la actividad sea entendida en cuanto al espacio para crear, recrear, producir un mundo humano. Que este sea repleto de simbolismo, esto es, que la acción no sea meramente un acto biológico sino un acto lleno de intenciones, voluntad, deseos y necesidades.

En segundo lugar, no basta hacer, hacer y hacer, acreditando que el simple curso de las cosas modifica. El hacer debe acontecer a través del proceso de identificación de necesidades, problematización y superación del conflicto.

En tercer lugar, no existen recetas mágicas (actividades mágicas), ni técnicas específicas que garanticen que estamos realmente resolviendo el problema.

En cuarto y último lugar, es necesario un profesional preparado cuya tarea sea la de disponerse, también como instrumento para incomodar (movilizar), activar y revelar el conflicto para su superación.²¹

Es necesario aclarar que no se trata de partes aisladas, autosuficientes que dan cuenta del proceso de T.O., sino que es esencial que se tenga una visión de conjunto y de cómo estas partes se relacionan dialécticamente.

Consideramos, entonces, la Terapia Ocupacional como un proceso que transcurre en la red triangular T.O.-paciente-Actividad, comprendiendo por actividad “todos los procesos del hacer humano que lo relacionan consigo mismo, con los objetos y con los otros”²² atravesado por el contexto institucional que refleja a su vez la realidad política, económica y sociocultural.

El Terapeuta con su propia historia profesional, sus características propias, su

²¹ FRANCISCO; R. B. *Terapia Ocupacional: una cuestión de conocimiento*. Edit. Papyrus. 1era edic. 1998. Pág. 11-12

²² VEYRA, Ma. E.; PATRIZI, A. *La actividad, otra manera de comunicar*. Material de circulación interna de la cátedra de medios terapéuticos III. 1998. Pág. 4

percepción de los diferentes emergentes individuales y grupales interactúa de un modo particular en el proceso. Por lo que podemos afirmar que existen tantas maneras de intervenir como Terapeutas Ocupacionales. “Comprendiendo la intervención como el medio instrumental mediante el cual se opera terapéuticamente”.²³ Operar que va dirigido a un sujeto/s-paciente/s que se presenta con su historia de vida particular, sus elecciones en función de sus motivaciones e intereses, su singularidad. Sujeto “... cargado de intencionalidad y que tiene una visión de la realidad concreta en la que vive, que es un sujeto protagonista, un sujeto activo, creativo, capaz de transformar su medio ambiente y capaz de modificarse a sí mismo.”²⁴

De esta manera se establece un vínculo terapéutico que sucede en un espacio particular denominado encuadre, delimitado por el tiempo, espacio y rol técnico, configurado por la singularidad de cada paciente y las actitudes del terapeuta.

“La relación T.O.-paciente-actividad sucede en el *aquí ahora* como un proceso de cambio y transformación personal, a partir de encontrar en el proceso terapéutico nuevas modalidades de comunicación, expresión y aprendizaje.”²⁵ En el que la actividad es “una de las estrategias de las que se vale el T.O. para mejorar el rumbo de una determinada situación subjetiva, comunitaria o social, junto al (...) paciente o grupo.”²⁶

Al decir de la terapeuta ocupacional Liliana Paganizzi, el desafío para el terapeuta es entonces, identificar las propuestas que hace la actividad, identificar las necesidades del paciente y hacer una propuesta tal que el encuentro actividad-paciente se constituya en un espacio de crecimiento y aprendizaje, espacio que resulte terapéutico. (14)

²³ SBRILLER, L.; WARSCHAVSKI, G. *Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica*. Ediciones Ricardo Vergara. Buenos Aires. 1991. 2ª edición. Pág. 24.

²⁴ CAMPAÑE, Ma. C.; PEREZ, Ma. T.; IVENERA, C. A. Trabajo Final: *El Taller Participativo de Radio Dirigido a la Acción*. 2000. Pág. 22.

²⁵ ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R.; QUIROGA, Y. Tesis de Grado: *Aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas Vulnerables, desde una perspectiva bioética*. U.N.M.P. 2002. Pág. 33.

²⁶ PAGANIZZI, L. *Actividad. Lenguaje particular*. [s.n.] Bs.As. 1997. Pág 11.

Así, las tres variables a las que hemos hecho referencia, forman un conjunto con características propias, con un espacio en común y espacios particulares de cada uno.

Habiendo caracterizado Terapia Ocupacional como disciplina, pretendemos describir su rol específico en el área de Prevención Primaria en Salud.

Como hemos mencionado las estrategias de Prevención Primaria deben responder a una visión integral del individuo y su contexto

Esta integración compromete a trabajar en **equipo interdisciplinario**. Donde el Terapeuta Ocupacional “comparte con otras disciplinas supuestos teóricos, filosóficos e ideológicos básicos a cerca del hombre, la naturaleza y la cultura, mientras sustenta, organiza y planifica las estrategias que le son propias”²⁷ participando junto al equipo de salud y la comunidad en la creación de programas y proyectos de promoción, y protección de la salud, con el objetivo de proveer un ambiente facilitador de aquellos elementos que le permitan a las personas detectar y utilizar sus propios recursos desarrollando sus capacidades, de tal forma que puedan manejarse satisfactoriamente en las diferentes situaciones que se les presentan. Dicha intervención tiene la finalidad de promover en las personas actitudes positivas hacia la salud, esto implica el deseo de estar sano, el conocimiento de cómo llegar a ello, seguido de acciones consecuentes o bien la demanda oportuna en caso de requerir ayuda. Teniendo en cuenta que el verdadero protagonista es el individuo y que de él depende poder aprovechar o no los aspectos positivos del medio en que vive y poder superar o no los aspectos negativos.

La prevención es una tarea de todos, en la que cada miembro debe participar desde su lugar y su rol.

El T.O. aborda la prevención en un encuadre que le es propio, proponiendo la *actividad como recurso preventivo* en su función de facilitador de la expresión y la

²⁷ PAGANIZZI, L. Pág 11. Op. Cit. Pág. 36.

comunicación de los sujetos con el mundo, en su función creativa y en su función de espacio intermedio que articula subjetividad de quien se implique en este hacer y la realidad externa.

→ El proceso de Terapia Ocupacional es lo que sucede como resultado de la participación de las personas involucradas en el mismo, el Terapeuta Ocupacional y la realización de una tarea en común. Tres elementos en interjuego constante que configuran un espacio que resulta preventivo. Donde la actividad funciona como medio que le permite al Terapeuta evaluar las características y necesidades de la población a la cual van a estar sus acciones pudiendo conocer, su estilo de aproximación a la realidad; y como intermediario en el "trabajo con el otro" en una dinámica de aprendizaje, de transformación interpersonal e intrapersonal que genera en las personas la posibilidad de responder ante situaciones cotidianas de manera más creativa.

Consideramos que no existen "actividades mágicas" ni técnicas prefabricadas que garanticen la eficacia de las estrategias de prevención. Por el contrario, las mismas deben sustentarse en el conocimiento de la población que resultará beneficiaria. Es por ello que en función de los resultados de esta investigación intentaremos aportar una propuesta de trabajo desde la especificidad de nuestra disciplina, dirigida a la población estudiada.

Desde ésta concepción acordamos con las ideas que plantean la lic. en terapia ocupacional GARCIA CEIN, E. y otros en su tesis de grado acerca de que el Terapeuta Ocupacional deberá intervenir en el "subestimado" y poco calificado lugar de "entender la vida cotidiana", contribuir para que la gente cuide ella misma su bienestar, intercambie conocimientos y sea más conciente de sus propios recursos.²⁸

²⁸ GARCIA CEIN y otros autores. Tesis de Grado: *Prevención primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional*. U.N.M.d.P. 1991. Pág. 21.

Nuestro quehacer profesional implicaría **propiciar** el espacio de encuentro y reflexión, no desde el lugar “del saber”, que se limita a la mera transmisión de conocimientos o información, lo que no siempre conlleva a un cambio de actitudes; sino desde la paridad de roles, fomentando la participación, el intercambio de inquietudes, propuestas, etc., acompañando y estimulando a cada uno de los miembros en el proceso de toma de conciencia de sus propias necesidades y recursos de manera que se constituyan en **el auténtico agente de salud**.

Bibliografía

- ❖ (1)-ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R.; QUIROGA; Y. Tesis de Grado: *Aportes desde la Terapia Ocupacional respecto de la expresión de la autonomía de las personas Venerables, desde una perspectiva bioética.* 2002. Pág. 33
- ❖ (2)-CAMPAÑE, Ma. C.; PEREZ, Ma. T.; IVENERA, C. A. Trabajo Final: *El Taller Participativo de Radio Dirigido a la Acción.* U.N.d.M.P. 2000. Pág. 22.
- ❖ (3)-D' AGNONE, O. *Prevención y terapéutica de las adicciones.* Cáp. 5. RUT, MAGGI. Programas y experiencias. Criterios básicos de la prevención.1999. Pág. 103 y 106.
- ❖ (4)-*Declaración de ALMA- ATA.* Revista de salud mundial. Art. 1. Agosto-septiembre. 1998.Pág. 16.
- ❖ (5)-DEL CUETO, A. M.; FERNÁNDEZ, A. M.; BAULEO, A.; PAVLOSKY, E. y otros. *Lo grupal 2.* Ediciones Búsqueda. Bs. As. 1985. Pág. 90.
- ❖ (6)- FRANCISCO; R. B. *Terapia Ocupacional: una cuestión de conocimiento.* Edit. Papyrus. 1era edic. 1998. Pág.11-12.
- ❖ (7)-GARCIA CEIN y otros autores. Tesis de Grado: *Prevención primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional.* U.N.M.d.P. 1991. Pág. 21
- ❖ (8)-MUNIST, M.; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M.; SUÁREZ OJEDA, E. y MADALENO, M. CEANIM. *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes.* Serie documentos de trabajo. N° 13. 1998. Pág. 4 y 7.
- ❖ (9)-O.M.S. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud.* Material interno de la cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. U.N.M.d.P. Año 1996. Pág. 3
- ❖ (10)-O.P.S. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex N° 7. 1986. Pág. 7.
- ❖ (11)-O.P.S. *Promoción de la Salud: una antología.* Publicación científica N° 557.1996. Pág. 26 y 29.
- ❖ (12)-O.P.S. *Salud Equidad y transformación Productiva en América Latina y el Caribe.*1997. Pág.44
- ❖ (13)- PAGANIZZI; L. *Actividad. Lenguaje particular.* [s.n.] Bs.As. 1997. Pág 11.
- ❖ (14)-PAGANIZZI, L. Los medios en T.O. Terapia Ocupacional en salud mental. COLTOP. Edit. Tongo. 1998. Pág. 26.
- ❖ (15)- SBRILER; L. *Introducción a Terapia ocupacional. Marcos conceptuales.* Ed. Catálogos. Bs.As. 1997. Pág. 38, 41.
- ❖ (16)-SBRILLER, L.; WARSCHAVSKI, G. *Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica.* Ediciones Ricardo Vergara. Buenos Aires. 1991. 2º edición. Pág. 24.
- ❖ (17)- STEPKE, F. L. *Ciencias Sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas.* Edit. universitaria 1992. Pág. 74.
- ❖ (18)-SUAREZ OJEDA, E. N. *El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud.* Revista Medicina y sociedad. Vol. 19. N° 1. Enero- marzo. 1996.Pág. 18-19.

- ❖ (19)-VEYRA, Ma. E.; PATRIZI, A. La actividad, otra manera de comunicar. Material de circulación interna de la cátedra de medios terapéuticos III. 1998. Pág. 4
- ❖ (20)-VIDELA, MIRTA. Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria. Ediciones cinco. Buenos Aires. 1991. Pág.17.
- ❖ (21)-ZURRO-PEREY, A. Atención Primaria de la Salud Principios y métodos. O.P.S. Edit. Pax México. 1992. 2º Edición. Pág. 16,75, 151.

Páginas consultadas en internet

- ✓ www.sedronar.gov.ar
- ✓ www.wfot.org.au

CAPITULO II

Adolescencia.

Adolescencia, del latín *adoleceré*, significa crecer, desarrollarse. La tarea esencial del adolescente es crecer. Todo transcurso de la existencia puede entenderse como un crecimiento, una pérdida y adquisición permanente y esto toma en la adolescencia mayor relieve.

La adolescencia es una etapa vital que cronológicamente se extiende desde los 12 hasta los 18-20 años de edad, aproximadamente, presentando variaciones según cada sujeto, cada comunidad y cada momento histórico. “Etapa que culminará con el ingreso a la vida adulta, la estructuración de la personalidad y el psiquismo definitivo.”¹

Ha sido abordada por diferentes encuadres y marcos teóricos lo cual dificulta su conceptualización única. Las disciplinas que se refieren a ella deben reconocer que lo hacen desde una cierta parcialidad. Es en los entrecruzamientos de los saberes que se va configurando una concepción dinámica de la adolescencia. Siendo este el desafío que se persigue en el abordaje del segundo capítulo. Elegimos el desarrollo teórico que propone Efrón como cimiento a partir del cual nos propondremos entrecruzar los conceptos que postulan diferentes autores que se han ocupado del tema.

Tomaremos a A. Aberastury y un grupo de psicoanalistas, pertenecientes a la escuela psicoanalítica argentina que aportan la teoría de los duelos, para describir las pérdidas simbólicas objetales durante la adolescencia que fuerzan al aparato psíquico a un trabajo para elaborar dichas pérdidas en el proceso hacia la adultez. El adolescente deberá pasar por 3 duelos:

- .Duelo por la pérdida del rol infantil.
- Duelo por la pérdida del cuerpo infantil
- Duelo por la pérdida de los padres de la infancia.

¹ BIRD, V.; ficha: *Adolescencia*; material interno de la cátedra Psicología Evolutiva II. Lic. en T.O. Año 1997. Pág. 2.

“La forma en que se realice este pasaje y el resultado al que se arribe depende y esta condicionado por el modo en que se hallan vivido las etapas previas. Estas se revitalizan y se resignifican.”²

“A Freud, S., creador de la teoría psicoanalítica, se le debe el descubrimiento de que en la adolescencia se reactualizan los conflictos infantiles, y que lo que sucede y como sucede en esta fase de la vida es consecuencia de lo vivido en la fases pre-genitales (infantiles). El proceso de identificación se debe rastrear desde el más temprano origen (la relación padres-hijos) fundamental para lograr esa identidad sexual definitiva, que no es producto de los atributos biológicos con los que la naturaleza nos dotó al nacer.”³

P. Blos desarrolló basado en la teoría pulsional freudiana toda una línea para pensar las modificaciones metapsicológicas durante la adolescencia, postulando una serie de tareas que deberán cumplirse, las mismas son:

- Realizar la segunda individuación.
- Acentuar la sexualidad definitiva.
- Elaborar traumas residuales. (2)

Erikson, se ocupó exclusivamente del crecimiento de “ el sí mismo conciente” o yo por lo que suele considerarse a su obra, como la extensión de la concepción del yo de Freud. Su principal esfuerzo teórico se orientó a mostrar de que manera influye la sociedad sobre el crecimiento y el desarrollo del yo, poniendo énfasis en el modo en que evoluciona durante el ciclo vital (al cual divide en ocho periodos), el sentimiento de identidad de la persona. (7)

Es así que, desde un enfoque evolutivo, pero inbrincado en la sociedad, caracteriza a la adolescencia por la desorganización de la conducta, el manejo del cuerpo, del tiempo y del espacio. También afirma que hay dos aspectos fundamentales para el logro

² ABERASTURY, A. ; KNOBEL, M. *La Adolescencia Normal*. Cáp. 5. “El Pensamiento adolescente y en el adolescente psicopático” 1990. Pág. 143.

³ *Material interno de la cátedra Psicología General*. Carrera Lic. en T.O. U.N.M.d.P. Año 1995.

de la identidad adulta: el sentimiento de confianza (base de la pirámide que continuará en la adultez) y el esquema corporal.

En esta etapa (llamada identidad o identidad difusa) la tarea principal es lograr la identidad adolescente para la cual debe afrontar y resolver un conjunto de decisiones con respecto a la elección de sistemas de valores, pertenencia a un grupo de iguales, la elección de una pareja, una definición vocacional, laboral y el desarrollo de una autonomía en el plano familiar y social. La resolución de esta tarea conlleva una crisis a nivel del sistema biológico, psicológico y social, fuente de importante tensión angustia, confusión, inseguridad e inestabilidad.⁴

Piaget en su obra: “ La Psicología del niño” estudia las etapas del desarrollo de las facultades intelectuales, desde el nacimiento hasta la adolescencia (basándose en la importancia de la interacción del entorno con los factores innatos) que según este autor, marca la inserción del individuo en la sociedad adulta. Caracteriza al pensamiento adolescente por su capacidad de construir teorías o ideas: “el sujeto llega a desprenderse del pensamiento concreto y a situar lo real en un conjunto de transformaciones posibles hacia el porvenir.”⁵

M. Knobel sintetiza las características de esta etapa en lo que él ha dado en llamar “ síndrome normal de la adolescencia”. Las mismas son:

- Búsqueda de sí mismo y la identidad.
- Tendencia a lo grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo hasta el misticismo.
- Desubicación temporal.
- Evolución sexual desde el autoerotismo a la heterosexualidad.

⁴ *Material Interno de la Cátedra de Psicología General*: Op. Cit. Pág. 43.

⁵ PEAGET, J.; INHELDER, B; *Psicología del niño*. ediciones Morata, S.A. Año 1984. Pág. 9

- Actividad social reivindicatoria.
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta.
- Separación progresiva de los padres.
- Constantes fluctuaciones de humor y estado de ánimo.

Este autor, define la adolescencia como “ la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el mundo social le ofrece, durante el uso de los elementos biofisicos a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil.

...Este periodo puede variar, en las distintas sociedades, como varia el reconocimiento de la condición adulta que se le da al individuo. Sin embargo existe, como base de todo este proceso, una circunstancia especial, que es la característica propia del proceso adolescente en si, es decir, una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene a cerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. El problema de la adolescencia debe ser tomado como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, pero que se teñirá con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán o dificultarán, según las circunstancias.”⁶

Efrón designa dicha etapa como un momento evolutivo que se podría situar como configurando un “territorio” que no es especificable ni delimitable con trazos rígidos, que se va delimitando y construyendo en forma irregular en el curso del tiempo. En un tiempo que no es lineal, un tiempo de avances y retrocesos, de circuitos laterales, circuitos progresivos y también regresivos. Es esta irregularidad, estos circuitos, la plataforma misma

⁶ ABERASTURY Y KNOBEL, M. Pág. 39. Op. Cit. Pág. 43.

sobre la que se edifica el mundo adolescente, en el que se canaliza no solo lo progresivo sino también lo regresivo e incluso lo transgresivo.

En este territorio se despliega la subjetividad adolescente, considerando a la subjetividad como la forma de existencia de los sujetos, que tiene dos articuladores esenciales: la idea de “en construcción”, es decir, en proceso de estructuración dinámica, de ahí el concepto de una subjetividad que se hace, y por otro lado la presencia del “otro”; otro, representado en un comienzo por los padres pero que con el correr del tiempo, se va diversificando y encarnando en otras figuras, otras personas, otras instituciones.⁷

Siguiendo el desarrollo teórico de Efron el despliegue de la subjetividad se desenvuelve en algunos escenarios que operan en forma simultánea e interrelacionadamente, siendo los de mayor importancia los procesos de:

1. Construcción de la identidad.
- 2- Construcción del espacio subjetivo.
- 3- Apropiación del cuerpo y de lo social
- 4- Emancipación.

-construcción de la identidad (identidad y grupo) y del espacio subjetivo adolescente:

El diccionario define la identidad como la cualidad de idéntico, igualdad que se verifica siempre, circunstancia de ser efectivamente la persona que dice ser, identificarse.

La identidad no es una posesión sino un proceso dinámico que es característico en cada periodo de la vida y que se modifica según el momento evolutivo. Es aquello que nos hace únicos y singulares, su construcción nos permite arribar al logro de la

⁷ EFRON, RUBEN y otros. *Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo: El Desafío de Hoy*. Cap. : “Subjetividad Y Adolescencia”. Edit. Losada. 1997. Pág. 34

individuación, el conocimiento del “sí mismo”, es acceder a la posibilidad de ser uno mismo en medio de los otros, es decir, diferenciar lo “propio” de lo “ajeno”.

Si pensamos en la adolescencia como un proceso en construcción en busca de una identidad adulta, eso solo será posible si se resuelve el **duelo por la identidad infantil perdida** que plantea A. Aberastury: “ el ir creciendo, el hacerse adulto significa para el adolescente una etapa de profunda crisis o duelo”.⁸ Dolto, psicoanalista francesa decía: “...quitar la infancia, hacer desaparecer el niño que hay en nosotros...”⁹, esto es dejar el cuerpo infantil, los hábitos, cambiar a los padres infantiles por los del adolescente y sacar al niño de la escena para incorporar al adolescente en un nuevo escenario.

Respecto de esto, Efron plantea que la identidad se logra a través de la reorganización de identificaciones pasadas (fundamentalmente de los padres o sustitutos) en identificaciones más complejas y alejadas del modelo original. Reorganización en la que el adulto tiene un lugar fundamental pero no constituye la única referencia, ya que existen referencias horizontales, es decir, los grupos de pares. “...Los intercambios y movimientos que se subsistan a través de los mismos son un eslabón clave en la conformación de la identidad adolescente, ensamblaje cualitativamente distinto entre lo histórico que se va reestructurando y lo actual”.¹⁰

Para Erikson el problema de la identidad consiste en la capacidad del yo de mantener la mismidad y la continuidad frente a un destino cambiante, y por ello, la identidad no significa para este autor un sistema interno cerrado impermeable al cambio, sino más bien un proceso psicosocial que preserva algunos rasgos esenciales tanto en el individuo como en la sociedad.

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se

⁸ ABERASTURY, A.; KNOBEL M. Pág.144. Op. Cit. Pág. 43.

⁹ DOLTO, E.; DOLTO C. *Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta*. Edit. Atlántida. 1992. Pág. 18

¹⁰ EFRON, R. Pág. 37: Obr. Cit. Pág. 46.

presentan como más favorables en el momento. Una de ella es la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal. Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, por lo menos en parte, el proceso grupal del que participa el adolescente.¹¹

“Los grupos de pares cumplen la función del “yo ideal” en el proceso de identidad adolescente. En ellos el joven deposita el amor a sí mismo y la incapacidad de renunciar a la completud (...) la tarea latente es que provee identidad. Los pares se convierten en figuras de identificación hay homologación y fusión”¹²Funcionando como sostén de esta compleja transición hacia la adquisición de la identidad adulta.

De esta manera el fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la estructura familiar y con los padres en especial. En este sentido Aberastury plantea que en la adolescencia se produce confusión de roles al no poder mantener la dependencia infantil, situación natural y lógica durante la infancia que ahora se modifica para dar lugar a la independencia. El grupo constituye así una transición necesaria en el mundo externo para lograr la individuación adulta. El adolescente atraviesa periodos de confusión en los que el pensamiento funciona de acuerdo a las características grupales que le permiten mayor estabilidad. Es en su grupo de pares donde el adolescente se siente aparentemente tan seguro, adoptando roles cambiantes y participando de la actuación y culpas grupales. Después de pasar por la experiencia grupal, el individuo podrá empezar a separarse de la “barra” y asumir su identidad adulta. (1)

Efron sintetiza la constitución del espacio subjetivo adolescente como: un proceso que se despliega en el tiempo, que no es rígidamente cronológico sino que es el

¹¹ ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Pág. 42. Obr. Cit. Pág. 43.

¹² SELENER, G. *Los Aportes de los Grupos al Proceso de Desarrollo del Adolescente*. Revista A.A.P.P.G. 1991. Pág. 55.

tiempo de la singularidad de cada adolescente. Tiempo que implica un proceso en estructuración ante la llegada de lo que deviene en cristalización, el sujeto adulto.¹³

-La apropiación del cuerpo y de lo social: en virtud de las modificaciones biológicas características de esta etapa, el adolescente vive en este momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto.

El pensamiento adolescente se caracteriza entonces, por una tendencia al manejo omnipotente de las ideas. Este manejo le permite sustituir momentáneamente la pérdida de su cuerpo infantil y la no adquisición de la personalidad adulta. (1)

Tal como afirma Efron, la apropiación es una compleja mecánica que requiere de una paulatina metabolización de los cambios corporales que son físicos y psíquicos y que desembocan como resultado esperable en la apropiación del propio cuerpo. Cambios que generan vivencias de extrañamiento y desorientación y que con el tiempo y con un continente adecuado, llevan a la reapropiación de ese cuerpo que parecía perdido.¹⁴

“El cuerpo y el esquema corporal son dos variables íntimamente interrelacionadas que no deben desconocerse en la ecuación del proceso de definición de sí mismo y de la identidad.

...El esquema corporal es una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto, es decir, es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como consecuencia de sus experiencias en continua evolución.

En la adolescencia son de fundamental importancia los procesos de duelo con respecto al cuerpo infantil perdido, que obligan a una modificación del esquema corporal y

¹³ EFRON, R. Pág. 41: Obr. Cit. Pág. 46.

¹⁴ EFRON, R. Pág.38. Op. Cit. Pág. 46

del conocimiento físico del sí mismo, así es como paulatinamente elaborará su pérdida e irá integrando progresivamente su personalidad.”¹⁵

Simultáneamente se produce, según Efron, el pasaje de lo familiar a lo extra-familiar, con sus vicisitudes, conflictos y tensiones deviene en otro tipo de apropiación: la de lo social. Lo social se extiende, ya no se limita a las figuras primarias (grupo familiar) sino que aparecen los amigos, parejas, los distintos actores sociales. Cuerpo y sociedad se entrelazan.¹⁶

Piaget considera como carácter fundamental de la adolescencia, su inserción en la sociedad de los adultos que supone la reorganización de la personalidad y las transformaciones del pensamiento (elaboración de las estructuras formales). El adolescente elabora teorías, hace proyectos para el futuro, comienza a pensar en él mismo, en su programa de vida “adulto”, al buscar introducirse en la sociedad de adultos propone reformarla.

Paulatinamente el trabajo con la realidad le permite rectificar su percepción de lo real hacia algo que puede elegir y transformar, hallando la posibilidad de acercarse a lo real por propia reflexión y descubrimiento. (6)

Como afirma la psicóloga Stella Firpo: “... si en la adolescencia las preguntas rectoras son ¿qué hago? ¿cómo hago? ¿hacia donde voy?, que expresan la búsqueda de un lugar subjetivo, son también la posibilidad de ocupar un lugar en lo social...”¹⁷

-Emancipación: Como refiere Efron “ la emancipación marca más que un pasaje, más que un tránsito, una metamorfosis en la que el cambio incluye lo nuevo y lo

¹⁵ ABERASTURI, A.; KNOBEL, M. Pág. 49:op. Cit. Pág. 43.

¹⁶ EFRON, R. Pág. 39. Ibid.

¹⁷ FIRPO, S. *A Propósito de la Adolescencia. Conmoción de las Certidumbres*. Diario Pagina 12. Rosario. 27-04-2002. Pág. web: www.pagina12.com.ar

anterior, que va desde lo familiar a lo extrafamiliar, de la endogamia a la exogamia, de los modos horizontales y contiguos de relación y vínculos, a formas más mediatizadas y complejizadas.¹⁸

Como requisito previo A. Aberastury sostiene que “ normalmente el adolescente va aceptando las pérdidas de su cuerpo y de su rol infantil, al mismo tiempo que va cambiando la imagen de sus padres infantiles, sustituyéndola por las de su padres actuales en un tercer proceso de duelo: el duelo por los padres de la infancia. En el que la relación infantil de dependencia se va abandonando paulatina y dificultosamente.”¹⁹

P. Blos refiere al respecto que en la adolescencia no hay pérdida real de objeto, por lo tanto no habría un verdadero duelo sino que las representaciones infantiles son desinvertidas para investir nuevas representaciones más acorde con la etapa., a este proceso lo denomina “ segunda individuación” (o individuación definitiva) porque hay una separación-individuación de los objetos endogámicos (padres). La primera individuación se producirá entre el primer y tercer año de vida, cuando el niño empieza a diferenciarse de la madre a partir de la unidad simbiótica fusional fundante del psiquismo. Mientras que la individuación definitiva se realiza durante la adolescencia.²⁰

A modo de conclusión de lo hasta aquí expuesto, entendemos que todos los procesos que se producen en esta etapa vital tienen algo en común “ el cambio”. La tarea de asimilar los cambios propios del crecimiento origina una situación de crisis, que marca el momento de ruptura entre el pasado de un niño pronto a desaparecer y el futuro de su adultez.

La crisis adolescente se produce como consecuencia de un desajuste entre la seguridad de lo conocido y la inseguridad que trae lo incierto por venir. No es patológica, tampoco puede ser evitada, sólo necesita ser resuelta. Forma parte de un proceso natural

¹⁸ EFRON, R. Pág. 40: Op. Cit Pág. 46.

¹⁹ ABERASTURY A; KNOBEL M.. Pág. 148. Op. Cit. Pág. 43.

²⁰ BIRD, V. Op. Cit. Pág. 42.

que marca el desprendimiento progresivo de los antiguos modos de funcionamiento infantil hacia la independencia adulta y con ello viene un duelo por todo lo que el niño deja, desde su cuerpo, hasta la seguridad de sus padres idealizados y la protección de la que gozaba.

De manera que la resolución de dicha crisis dependerá, entonces, de las experiencias con las que cada adolescente llega desde su infancia (lo histórico de cada subjetividad) pero también de cómo se transite este camino, asociándose con crecimiento y cambio positivo siempre que el adolescente, disponga en función de su historia de vida, de los recursos necesarios para realizar los ajustes requeridos, y de un entorno tanto familiar como social que colaboren con su fortalecimiento.

La problemática adolescente remite pues a diversas dimensiones convergentes que se anudan en una verdadera encrucijada. Si no comprendemos la particularidad de esta encrucijada, mal podríamos afrontar cualquier tarea preventiva.

La propuesta desde Terapia Ocupacional en prevención primaria, en el trabajo con adolescentes, implicaría proveer el ámbito de apertura y aprendizaje en el cual reflexionar sobre los conflictos que crea el crecimiento, comprendiendo, explorando y descubriendo posibilidades de sí y del entorno. Esto le permitirá a cada adolescente poder instrumentar los recursos con los que cuenta articulándolos con la realidad externa.

Se trata de ofrecer una contención de la crisis facilitando la participación activa que brinde la posibilidad de aprender, pensar, dudar, expresar ideas propias sin temer las diferencias y oposiciones, convivir con la pluralidad y diversidad, buscando, a su vez, su propio camino, ser él o ella, crecer...

Si ante la preocupación creciente del adolescente por saber quién es, **se lo acompaña en el proceso de construcción de su identidad**; si frente a sus inquietudes acerca de cómo se relaciona con los demás **recibe herramientas que favorezcan la construcción de vínculos adecuados**, si ante sus preocupaciones acerca de su entorno y los temores que este despierta en él, **se lo ayuda a explorar y descubrir lo que lo atemoriza**,

facilitándole la adquisición de una mayor seguridad para enfrentar las distintas situaciones que se le presentan, en fin, si en el espacio de Terapia Ocupacional se favorece el clima adecuado en el cual trabajar dichas preocupaciones a medida que vayan apareciendo, se estará fomentando, desde el rol profesional, una actitud preventiva.

Bibliografía

- ❖ (1)-ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *La Adolescencia Normal*. Cáp. Pág.39, 42, 49. Cáp. 5. “El Pensamiento adolescente y en el adolescente psicopático”. 1990.Pág. 143, 144, 148
- ❖ (2)-BIRD, V; ficha: *Adolescencia*; material interno de la cátedra Psicología Evolutiva II Lic. en T.O. Año 1997.
- ❖ (3)-DOLTO. F.; DOLTO C. Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta. Edit. Atlántida. 1992. Pág. 18.
- ❖ (4)-EFRON, RUBEN y otros. *Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo: El Desafío de Hoy*. Cáp.: “Subjetividad Y Adolescencia”. Edit. Losada. 1997. Pág. 34, 37 al 41.
- ❖ (5)-*Material interno de la cátedra Psicología General*. Carrera Lic. en T.O. U.N.M.d.P. Año 1995.
- ❖ (6)-PIAGET, J.; INHELDER, B; *Psicología del niño*. Edit. Morata, S.A. Año 1984. Pág. 9.
- ❖ (7)-RAPPORT, L. *La Personalidad y sus etapas*. Cáp. IV. Teoría de Erikson. Edit. Paidós. Pág. 116 a 118.
- ❖ (8)-SELENER, G. *Los Aportes de los Grupos al Proceso de Desarrollo del Adolescente*. Revista A.A.P.P.G. 1991. Pág. 55.

Paginas consultadas en Internet

- ✓ www.psi.uba.ar/psicologia/adolesc.html
- ✓ www.pagina12.com.ar

CAPÍTULO III

Drogadependencia:

Terapia Ocupacional en prevención de la
problemática.

La drogadependencia es un fenómeno que responde a una policausalidad lo cual ha motivado a que se postulen múltiples respuestas. Entre las mismas consideramos que la prevención primaria es una estrategia prioritaria. A partir de ello surgen diferentes interrogantes a los cuales pretendemos dar respuesta en el transcurso de este capítulo.

¿Qué entendemos por drogadependencia?

¿En qué consisten las estrategias de prevención primaria en lo que respecta a esta problemática?

¿Cuál es el rol del Terapeuta Ocupacional en este proceso?

Estos interrogantes delimitan distintos niveles del fenómeno, distintas dimensiones que debemos distinguir. Nos imponen aceptar el desafío, abandonar el lugar seguro del saber, ello exigirá eliminar algunos prejuicios y posiciones ingenuas frente a la realidad para animarnos a entrever esbozos de respuestas y propuestas.

1 - Drogadependencia.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la drogadependencia como un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo y que se caracteriza por modificaciones de la conducta y por otras reacciones que incluyen siempre un deseo invencible de consumir la droga continua o periódicamente, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación.¹

“En la actualidad diversos autores tienden a desarrollar un modelo integrativo de la comprensión de las adicciones que otorgue un peso relativo a factores biológicos,

¹ VALLEJOS, N. *Aspectos toxicológicos de las drogadependencias*. Secretaria de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico. Presidencia de la Nación. Bs. As. 1998. Pág. 1

psicológicos y sociales. Las concepciones parciales fracasan al enfocar un aspecto como si constituyera una visión del conjunto...”²

El propósito será, por lo tanto, abordar esta cuestión sin caer en simplificaciones ni visiones unilaterales, sin embargo, compartimos con Korman en que no existe omnicompreensión de esta problemática, cada vez que se esclarecen algunos aspectos surgen nuevos enigmas.³

Una cuestión tan compleja como la drogadependencia requiere el abordaje de las múltiples variables intervinientes. Los diversos factores que entran en juego no pueden considerarse de forma aislada puesto que el consumo de droga, como cualquier otro comportamiento humano, implica una interacción dinámica, en este caso entre: el individuo, su contexto y la sustancia.

Para comprender dicha interacción se requiere un análisis previo sobre las concepciones a cerca del sujeto, como se caracteriza al objeto (droga) y que se entiende por contexto, como fundamento para definir una posición determinada frente al objeto de conocimiento, ya que la manera de concebir un fenómeno tiene consecuencias, produce efectos a la hora de instrumentar acciones dirigidas a darle respuesta.

“El término droga en su acepción general y amplia, es toda sustancia que tiene acción sobre los seres vivos y que incorporada al organismo produce un cambio.”⁴

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la droga como “ una sustancia (natural o química) que introducida en el organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para

² SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. *Prevención de las adicciones, contenidos de sensibilización*. 2000. Pág. Web.: www.sedronar.gov.ar

³ KORMAN, V. *Yantes de las drogas ¿qué?*. Grupo Igia. Barcelona. Cap. 1.2 Pág 30.

⁴ VALLEJOS, N. Pág. 6. Op. Cit. Pág 56.

generar dependencia. Esta última es caracterizada por la pulsión a tomar la sustancia de un modo continuado, a fin de obtener sus efectos y a veces, de evitar el malestar de su falta.⁵ Dicha dependencia puede ser **física**, es decir, un estado que resulta de la adaptación o tolerancia producido por el reajuste de todos los mecanismos homeostáticos ante la administración repetida de la droga. La supresión brusca de la droga ocasiona un desequilibrio denominado **síndrome de abstinencia o de supresión**, única prueba evidente de la existencia de dependencia física.

Existe además la dependencia **psicológica o psíquica**, caracterizada por una búsqueda anhelante de la sustancia, continua o intermitente, con el fin de evitar los estados de disforia.

Cuando al consumir alguna sustancia, el organismo se adapta progresivamente a ellas, de forma tal que para sentir los mismos efectos se necesita aumentar la dosis, se considera que existe **tolerancia**.

Si bien las características de cada sustancia, sus efectos, su capacidad para generar dependencia, etc., son elementos a tener en cuenta, lo fundamental es la **relación** que la persona establece con la misma, ya que el sujeto no es un elemento pasivo que se limita a responder ante los efectos farmacológicos de la droga.

Es por ello que cuando hablamos de droga nos referimos a “cualquier sustancia externa que pueda modificar la percepción, el estado de ánimo y el comportamiento desde lo químico, cuando no se logra cambiar la realidad desde el desarrollo personal.

...Se trata, de un modelo químico de vida donde se propone la sustancia como la clave para la construcción de una realidad que no se logra afrontar ni modificar con los propios recursos personales (...) en consecuencia el individuo busca alterar el estado de

⁵ SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. Op. Cit. Pág. 57.

ánimo, los sentimientos, las percepciones hasta lograr sin sufrimiento inmediato acomodarse en forma circunstancial a la realidad y sentirla placentera.”⁶

Entendemos, pues, que la existencia de las drogas no es la causa de la drogadependencia: es el sujeto quien convierte ciertas sustancias en droga, al establecer con ellas un tipo de relación y unas formas o patrones de uso.

Nos referiremos entonces, a la segunda variable interviniente, el sujeto. Previamente nos parece conveniente aclarar que, aunque no desconocemos la existencia de significados específicos y particulares para los términos, sujeto, persona, individuo, en este trabajo son considerados como sinónimos.

Pichón Riviere concibe a la persona como una totalidad integrada por tres dimensiones: mente, cuerpo y mundo externo, que se interrelacionan dialécticamente. Considera al individuo como una resultante del interjuego establecido entre el sujeto y el mundo externo en una predominante relación de la interacción dialéctica. (13)

La Terapeuta Ocupacional Liliana Paganizzi en su libro “ Del dicho al hecho” postula que el concepto de persona está íntimamente unido al concepto de vínculo, es decir, que cada sujeto-persona se constituye en relación dialéctica con otros, como la única manera de poder existir, madurar, crecer.

La fenomenología existencial plantea precisamente esto, que el hombre se hace en la relación con otro hombre.(11)

Desde el nacimiento, cada uno fue estableciendo diferentes vínculos con distintas personas y situaciones. En base a esa particular manera de funcionar, ha ido adquiriendo una peculiar manera de percibir el mundo, de pensarlo, de sentirlo y de accionar sobre él. Ha formado una ideología (gran parte inconsciente) con relación a sí mismo y al mundo.

⁶ MIGUEZ, H. Uso de sustancias psicoactivas: investigación social y prevención comunitaria. Ed Paidós. Bs. As. 1992. Pag. web: www.Hugomiguez.gob.ar

En este proceso constitutivo, el sujeto no es pasivo, no todo lo que se le ofrece lo acaba haciendo suyo, además, aquellos rasgos que internaliza son incluidos en un nuevo sistema, combinados con otros elementos, y el sujeto que emergerá será necesariamente un producto singular.

Ampliando el concepto, este sujeto está inmerso en un contexto familiar que forma parte a su vez de un contexto comunitario y sociocultural, como resultante es que se establece una estructura de relaciones.

Acorde a esto, cada sujeto ha tenido experiencias diversas en el curso de su vida, las que interpreta y comprende sobre la base del mismo proceso de socialización. Es por eso que Korman afirma que el sujeto está en la sociedad y la sociedad está en el sujeto.

Siguiendo estas líneas intentaremos comprender cómo influye la tercer variable interviniente, el contexto social, en los individuos que forman parte del mismo, cómo los factores sociales se internalizan en un sujeto singular favoreciendo el desarrollo de una relación adictiva con alguna sustancia. Lo cual implica esclarecer la complejidad de los vínculos que no son lineales ni directos.

Korman V. describe dos polos opuestos al considerar los factores sociales que pueden intervenir en la causación de las toxicomanías, estos van desde negar la existencia de cualquier vínculo entre la drogadependencia actual y las características de la sociedad posmoderna, y en el otro extremo, considerar la drogadependencia como un producto directo de ésta, plantea que ninguno de estos enfoques toma suficientemente en consideración la compleja mediación existente entre sujeto y contexto social.

Este autor describe el estado de malestar en la actualidad, poniendo especialmente en relieve los aspectos más alarmantes de la misma, aquellos que, inciden en la expansión de los fenómenos ligados a la drogadependencia como lo son: la proliferación de la violencia en sus variadas formas, trasgresiones a la ley; fomento de un consumo desmedido que no deja espacio para el deseo, culto a la juventud eterna, la aceptación de

que nada se repara, todo se sustituye alegremente, tendencia exagerada a la negación de la muerte y de los duelos, tendencia al individualismo; indiferencia a pesar de o por la saturación de información, entre otros aspectos. (6)

La sociedad en la que hoy vivimos es una sociedad que se mueve a ritmos vertiginosos, donde se estimula a ingresar a un universo de satisfacciones inmediatas y se promueve la concepción de que la vida es el presente y hay que disfrutarlo. La rapidez de los cambios nos obliga a un estado de permanente tensión, de alerta, para poder adaptarnos y que los cambios no nos superen.(5) “ El incremento de la toxicomanía es también un síntoma de nuestra sociedad actual que solo puede entenderse si pensamos en el sujeto que en ella esta concernido y no en los tóxicos en cuestión.”⁷

“El desarrollo de la identidad social de la persona se debate en un escenario en que el consumismo, el materialismo, la salida ilusoria y la inmediatez conspiran contra la elaboración progresiva, reflexiva y no impulsiva de un proyecto de vida.”⁸

Sin embargo, sería incorrecto postular una causalidad social directa de la drogadependencia, las pautas socioculturales son factores predisponentes que coadyudan en una sobredeterminación compleja.

A manera de conclusión entendemos que **no existen causas concretas y aisladas que determinen el consumo de droga** dada la compleja interacción entre los factores intervinientes que hemos analizado previamente. Sin embargo queremos resaltar el **papel protagónico del sujeto en este interjuego porque es quien da un significado u otro al efecto de la sustancia adictiva y es quien interpreta el ambiente en que vive,** siendo la droga y el contexto factores que actúan como coadyudantes en esta problemática.

⁷ KORMAN, V. Cáp. 1.8. Pág.161. Op. Cit. Pág. 57.

⁸ SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. Op. Cit. Pág. 57.

2- Prevención en drogadependencia

Retomando los conceptos desarrollados en el primer capítulo, consideramos que prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que suceda.

Entendemos en particular, por prevención en drogadependencia “al conjunto de acciones encaminadas a promover la salud de las personas, para reducir la probabilidad de que aparezcan problemas relacionados con el consumo de droga.”⁹

Estas acciones como hemos mencionamos anteriormente, deben ser integrales. De acuerdo a la población a la cual se dirija la acción preventiva, del momento evolutivo en que se encuentre dicho fenómeno y de los objetivos que se procuren alcanzar, los niveles de prevención son diferentes:

✓ **-Prevención primaria:** Al hablar a nivel primario, las actuaciones propuestas tienden a que la patología no se desarrolle, lo cual implica promover el bienestar de los sujetos. El objetivo es la protección de la salud con el fin de evitar o demorar la aparición de un problema relacionado con el consumo de droga.

Las estrategias utilizadas desde esta perspectiva se basan especialmente en actividades de promoción de la salud (prevención inespecífica), pero no obstante, cada vez más, en la prevención primaria se van introduciendo intervenciones en grupos que por su edad o situación pueden estar próximos al contacto con la droga o han hecho uso experimental de alguna sustancia (prevención específica).

-Prevención secundaria: estas actuaciones se dirigen a personas en las que ya se ha detectado alguna situación relacionada con el uso ocasional de droga.

Se trata primordialmente de intervenir por medio de acciones tendientes a reducir la incidencia del consumo antes de que este se transforme en dependencia.

-Prevención terciaria: Una vez instalada una drogadependencia son todas aquellas medidas asistenciales que posibilitan la recuperación de la salud, rehabilitación y reinserción del individuo. Las características del tratamiento serán las que correspondan a cada caso particular. Se trata de prevenir riesgos mayores asociados a este nivel adictivo.(3)

Queremos aclarar que ante la problemática de la drogadependencia los tres niveles de prevención son necesarios, y hasta complementarios, ya que dan respuestas a diferentes dimensiones de la problemática. Consideramos que para la población a la que se halla dirigida nuestra investigación la prevención primaria es la estrategia que se debe fomentar debido a que la adolescencia es una etapa de definiciones, entonces como dice Efron, "...es la última oportunidad de intervenir antes de lo finalizado de estructurar. Es la última oportunidad de intervenir para reforzar o modificar lo que se comenzó a construir en la infancia."¹⁰

Actualmente el enfoque de atención primaria de la salud de los adolescentes procura desde una perspectiva integral, implementar acciones tendientes a la promoción y protección de la salud, entendiendo a la misma como una meta, un proceso, no como un estado, particularmente en personas que se encuentran en un crítico período de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez. ¹¹El objetivo de las acciones de prevención primaria es el de brindar herramientas que les permitan enfrentar los problemas cotidianos sin recurrir al uso de drogas.

Teniendo en cuenta las variables que entran en juego en la drogadependencia: sujeto, droga y contexto, se han desarrollado diferentes modelos de prevención de acuerdo a

⁹ SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. Op. Cit. Pág. 57.

¹⁰ EFRON, R. Y otros. *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo: el desafío de hoy*. Edit. Losada. 1997. Cap. Subjetividad y adolescencia. Pág. 38.

¹¹ O.M.S. *La salud de la juventud*. Documento de referencia. Series de discusiones técnicas. Ginebra. 1989. Pág. 3.

como jerarquizan dichos factores. Dependiendo de los parámetros escogidos se enfocará la cuestión de distinta manera.

Estos modelos representan el marco conceptual en el cual se basa quien trabaja en acciones de prevención. Al mismo tiempo representa una forma de pensar la realidad, una ideología determinada. La mayoría de estos modelos nos preexisten y se pueden sostener varios de ellos sin tener clara conciencia. Por lo que es importante conocer el enfoque de cada modelo, los mismos dan su visión del fenómeno que analizan.

1-modelo ético- jurídico: centra el análisis en la sustancia a las que clasifica en legales e ilegales. La droga es la protagonista, activa en sí misma y la persona es la víctima. En cuanto al medio social se expresa en la ley con un criterio normativo. La norma señala la barrera que separa lo legal de lo ilegal, lo prohibido de lo permitido en términos absolutos. Todo lo que rodea al consumo es sinónimo de peligrosidad, acentuando la criminalización del consumo de droga.

La prevención primaria estaría dada en la información de las sanciones y en la eliminación del mercado de la droga.

2-Modelo médico-sanitario: Centra el análisis en la sustancia, las cuales clasifica como duras(o peligrosas) y en blandas o(inocuas). La droga es el “agente agresor” que infecta a las personas, sin importar el estatus legal de la misma. Se toma el criterio de nocividad. La persona es víctima de una enfermedad, huésped en donde se localiza la droga. El medio es el entorno en donde se trata de detectar la población vulnerable ante este agente peligroso, señalándose entonces los factores de riesgo.

Se considera la prevención primaria como sinónimo de información sobre el riesgo, como si de cualquier otra enfermedad infecciosa se tratara.

3-Modelo psicosocial: Se sustenta en el reconocimiento de la complejidad de cada individuo y del peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. La drogadependencia es una forma más de comportamiento humano. Destaca al

ser humano con sus necesidades psicológicas y sociales, relegándose a un segundo plano la sustancia que por sí misma no justificaría la génesis del problema.

En cuanto a la prevención primaria, la formación e información se convierten en importantes estrategias encaminadas a favorecer la toma de decisiones razonadas y saludables con respecto al uso de drogas.

4-modelo sociocultural: Destaca la complejidad y la variabilidad del contexto, más allá de los efectos de la droga y del propio individuo. El origen del problema es el medio macro social, la estructura social, marco que operaría sobre la persona como un estímulo de tensión y para aliviar la misma la persona recurriría a la droga como evasión de la realidad, sin considerar otros factores. La adicción se considera como un síntoma social.

La prevención primaria estaría dada por la modificación de las condiciones sociales de vida mediante la creación de ambientes en que las necesidades que se cubren mediante el consumo de droga se puedan satisfacer a través de otras conductas menos perjudiciales.

5-modelo Geopolíticoestructural: Propuesto por la Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de Drogas (CO.NA.CUID.- Venezuela) que incorpora el problema del tráfico de drogas a la conceptualización proponiendo soluciones integradas. Se trata de un modelo planteado desde una estructura estatal de nivel central que integra desde un mismo marco, las acciones de prevención, asistencia y represión.

Destaca el marco geopolítico de América Latina, en circunstancia de subdesarrollo como responsable de las peculiaridades del problema de la droga.

La prevención estaría dada en modificar los factores sociopolíticos, económicos y culturales que originan y perpetúan el consumo de drogas.

6-modelo Ético-social: Plantea una ética que admite diferencias, discensos, que no es la ética del modelo Ético- jurídico, basada en la categoría absoluta (legal o ilegal).

La metodología de este modelo es llamada “circular”, en donde no se habla de transmisión de información, sino que se basa en dos ejes: el eje de Participación y el eje del tiempo libre, considerando al mismo como tiempo que apunta a tener un proyecto con sentido.

La acción preventiva consiste en ir generando modificaciones en las actitudes, en las formas de relación, en poder tolerar las diferencias. Propone facilitar la aparición de proyectos personales que van a encontrar sentido en lo social.

Las estrategias de actuación en el ámbito preventivo conforman un amplio abanico de posibilidades. El modelo teórico imperante determinará en gran medida el tipo de intervención que se realice.

Entre las tácticas más reconocidas en la actualidad se encuentran:

- La Estrategia informativa: la información es básica para el desarrollo de un programa, en tanto sea realista, objetiva, clara y con base científica. Si bien es necesaria, no es suficiente, y por sí sola no basta.

- La Estrategia Formativa: mediante la educación se tiende a generar estilos de vida saludables que de por sí promuevan el rechazo a la droga. Se trata de una forma de intervención que, lejos de medidas represoras o amenazadoras, se centra en el ser humano con la intención de que este, por su decisión y control propio, prescinda libremente del uso de droga.

- La Estrategia de Ofrecer Alternativas: Estrategia que consiste en brindar a los jóvenes otras alternativas, frente a la disponibilidad de sustancia. Se basa en que las experiencias y motivaciones que llevan al consumo de droga son muy variadas, consecuentemente, las alternativas sugeridas también deberán ser diversas.(10)

En síntesis, los modelos tradicionales dan una lectura parcial del fenómeno que nos ocupa, es decir, analizan el fenómeno de la drogadependencia pero se quedan sólo con una parte de él.

Nos parece conveniente aclarar aquí, que no es nuestra intención posicionarnos desde un modelo específico. Una vez más debemos recordar que los procesos adictivos presentan una multicausalidad, ante esto, una respuesta posible es trabajar en la divergencia, no desde la completud, lo que implica una actitud de apertura en la que se tome en cuenta los aspectos más relevantes de cada modelo, sintetizándolos en una nueva producción.

Como sabemos, no existe un programa ideal aplicable a todos, sino que para lograr abordajes preventivos efectivos deben ser a la medida de cada necesidad, y en lo posible, diseñados con la participación de aquellos que se van a ver involucrados en su desarrollo.

Cada acción preventiva va precedida por el análisis de situación. Por lo mismo nuestro objetivo de investigación es conocer los factores protectores ante el riesgo de desarrollar una drogadependencia.

“Durante mucho tiempo, en las diferentes esferas de las ciencias humanas, la tendencia fue de dar mayor énfasis en los estados patológicos. Por éste motivo las investigaciones se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades y el intento de descubrir causas o factores que pudieran explicar resultados negativos o no deseados.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados con este método, muchos interrogantes quedaron sin respuestas, a menudo, las predicciones de resultados negativos hechas en función de factores de riesgo que indicaban una alta probabilidad de daño, no se cumplía. Es decir, la gran mayoría de los modelos teóricos resultaron insuficientes para explicar los fenómenos de la supervivencia humana y del desarrollo psicosocial”.¹²

El concepto de FACTOR PROTECTOR es complementario al de riesgo y no necesariamente opuesto. En lugar de poner énfasis en los factores negativos que permiten

¹² MUNIST, M.; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M.; SUÁREZ OJEDA, E. y MADALENO, M. CEANIM. *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes*. Serie documentos de trabajo. N° 13. 1998. Pág 4.

predecir quien va a sufrir un daño, pone énfasis en los factores positivos que reducen la probabilidad de que se produzcan consecuencias negativas para la salud.

Estos factores se sustentan en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no proceden exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente individual. La separación que hay entre cualidades individuales e influencias del entorno es muy ilusoria, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción.(8)

Si bien los factores protectores nunca son absolutos ni terminantemente estables, dado el complejo proceso que se desarrolla entre la persona y el entorno, la categorización de los mismos posibilita globalmente instrumentalizar intervenciones preventivas.

Pueden pensarse como factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia en los adolescentes: una adecuada autoestima y autonomía acorde a su edad evolutiva, buena tolerancia a la frustración, la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas ; el uso del tiempo libre de manera saludable, la capacidad de comunicación e interacción con el grupo de pares y la familia, la percepción de un clima familiar positivo de convivencia y una actitud negativa frente a la droga.

El interés de este trabajo, en identificar dichos factores protectores va unido a la jerarquización de las acciones de promoción de la salud y a la búsqueda de intervenciones o actividades preventivas desde la incumbencia de Terapia Ocupacional en Prevención Primaria.

3-Terapia Ocupacional en prevención primaria de drogadependencias.

El fenómeno de la drogadependencia requiere un abordaje en equipo interdisciplinario, en el cual se posibilite la existencia de múltiples perspectivas convergentes, que, respetando la especificidad de cada una de ellas, permita la construcción

de un campo de confluencia y un código común a la hora de elaborar y ejecutar planes, programas y proyectos preventivos.

La Terapia Ocupacional, como disciplina de la salud que considera al individuo como una totalidad desde el punto de vista psíquico, físico y social, tiene como función prevenir, mantener y restablecer las potencialidades del individuo a fin de que alcance su interacción social y cultural.

El terapeuta ocupacional desde su incumbencia en el área de prevención primaria de drogadependencia, participa en la elaboración e implementación de acciones de Promoción y Protección de la salud. Las cuales tienden a actuar sobre los factores o condiciones positivas que faciliten el desarrollo integral de las personas.

Promover los factores protectores en los adolescentes, no implica necesariamente eliminar las situaciones de crisis propias de la edad. El espacio de T.O. intentará proveer al adolescente un medio ambiente en el cual se facilite una actitud activa para afrontar situaciones conflictivas en la construcción de su propio proyecto de vida.

Los vínculos establecidos en las experiencias compartidas, el mutuo reconocimiento del intercambio y la comunicación horizontal acontecen en el encuentro terapéutico, el cual es un proceso que implica al adolescente, que en tanto persona, "... se nos presenta cotidianamente como una incógnita, algo a descubrir, por su naturaleza única. Irrepetible, lábil, creativa, proyectiva, por su singular individualidad"¹³, al TO y a la actividad con su lenguaje particular.

En este encuentro dialéctico, el adolescente descubrirá la posibilidad de ensayar, aprender y modificar nuevas modalidades vinculares tanto con el terapeuta como con la actividad.

¹³ ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R.; QUIROGA, Y. Tesis de grado: "*Aportes desde la T.O. respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética*". U.N.M.P. 2002. Pág. 36.

Al ofrecer un espacio para “el hacer”, se proporciona al adolescente la apertura hacia nuevas experiencias perceptuales, facilitando modalidades alternativas de relación que conllevarán a la identificación de potencialidades e intereses para construir y reconocer proyectos de vida.(2)

El abordaje grupal permite el intercambio de experiencias, genera un lugar de pertenencia funcionando como sostén y favoreciendo la capacidad de comunicación y de interacción fluida que posibilite el crecimiento tanto individual como grupal. Espacio en el cual pueda descubrirse, aceptarse, reconocer sus sentimientos, actitudes y pensamientos, lo cual favorece la confianza en sí mismo, en la construcción de su identidad. El adolescente que posee una autoestima adecuada, tiene menor probabilidad de buscar la sensación ilusoria de confianza en sí mismo en las drogas.

Por otra parte, cuando estimulamos y promovemos una actitud crítica en los adolescentes, incentivando su creatividad, favoreciendo la capacidad para examinar sus puntos de vista y los de los otros, la aceptación de cuestionamientos a sus opiniones, estamos apoyando su crecimiento y fortaleciendo el proceso de construcción de su autonomía.

El desarrollo del análisis crítico se halla íntimamente relacionado con la capacidad de toma de decisiones y a la asunción de responsabilidades que ello implica.

Desde T.O. se intentará promover que los adolescentes reflexionen sobre sí mismos, aprendan a cuidarse, a tomar decisiones autónomas y responsables sobre su salud, respetar los derechos y la integridad de terceros a la vez que defender los propios. Contando con los recursos internos para enfrentar las diferentes situaciones conflictivas que se presentan en la vida y manejarlas de forma constructiva. Pudiendo elegir entre distintas formas de resolución, buscando nuevos caminos y alternativas frente a situaciones que no resultan como se espera. Lo cual da cuenta de una adecuada tolerancia a la frustración, que

permite postergar la satisfacción inmediata de sus necesidades en lugar de recurrir al uso de drogas como evasión.

Consideramos que el conocimiento de la manera en que los adolescentes emplean su tiempo libre, posibilita la implementación de acciones con la finalidad de estimular las diferentes potencialidades creadoras, que permitan una utilización activa y placentera de tiempo libre en el que puedan satisfacer sus necesidades, convirtiéndolo en un tiempo de creación y re-creación y no un tiempo vacío.¹⁴

Finalmente, al centrar la mirada en el adolescente como miembro de un sistema familiar, considerando a este último como el grupo primario por excelencia, dador de identidad y pertenencia, se desprende que la percepción del adolescente, de un clima familiar positivo de convivencia constituye un factor protector ya que representa para el individuo la tenencia de un espacio que comparte, el lugar en el que se reconoce y donde adquiere la seguridad necesaria para afrontar las dificultades que se le presentan. Consecuentemente la intervención preventiva debe estar orientada a favorecer el desarrollo de los factores protectores individuales, y al mismo tiempo debe contener, orientar y acompañar al grupo familiar en este proceso, proporcionando los medios necesarios para que la familia se constituya en un ambiente de intercambios afectivos y experiencias suficientes que faciliten el desarrollo de potencialidades del adolescente.

“ Una nueva forma de abordaje de TO involucra a los adolescentes, a su familia y a la comunidad, propuesta de trabajo que conlleva una concepción holística del desarrollo del adolescente, haciendo énfasis, en la incorporación de la familia y la comunidad, promoviendo de este modo la participación comunitaria”.¹⁵

¹⁴ SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO. Op. Cit Pág. 57.

¹⁵ MANGHI, M.; NARVALS., S; REYNO, P. *Terapia Ocupacional y comunidad*. Series compilaciones 3. COLTOA. Grupo Editor y otros. 1999. Pág. 49

Cualquier intervención individual o grupal requiere de organización y participación comunitaria. No podemos omitir su importancia, ya que tanto el adolescente como el grupo familiar forman parte de un contexto comunitario. Entendemos entonces la participación comunitaria de la salud, como “el proceso que crea en las personas un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, junto con la capacidad de actuar conciente y constructivamente en el desarrollo personal y social”.¹⁶

Este proceso debe ser propiciado por el TO, junto a otros profesionales de la salud, a través de espacios de participación de los diversos sectores de la comunidad, implicando en su accionar a las instituciones formales del sistema de salud y educativo y a las no formales como las sociedades de fomento, centros recreativos, etc., instituciones fundamentales de conexión dentro de la red social.

A manera de conclusión consideramos que la prevención de drogadependencia desde TO implica:

- Concebir la prevención como un proceso integral en el que se trate de desarrollar todas las potencialidades de los adolescentes.
- Poseer una actitud de escucha y de apertura al diálogo, promoviendo la construcción de espacios de comunicación grupal.
- Adecuar las acciones preventivas a la población hacia las cuales están dirigidas, considerando las diferencias individuales.
- Fomentar la participación activa y la toma de decisiones en forma autónoma.
- Promover el desarrollo del análisis crítico, procurando asegurar a cada adolescente el derecho de pensar por sí mismo.

¹⁶ PEREZ CANO ZUNA. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas*. Edit. Doyma. España. 1986. Pág. 76.

- Trabajar en equipo interdisciplinario con un criterio de transversalidad y apertura, en el que las diferentes disciplinas se enriquezcan y se transformen a través de sus intercambios.

- Poseer la capacidad para analizar la realidad y evaluar permanentemente, la evolución de sus acciones y en función de ello, actualizar las estrategias, adecuándolas a los requerimientos de la población a la cual están dirigidas.

Para finalizar, pensamos que la elaboración de nuestra tesis de grado, nos ha conducido a repensar el cuerpo de conocimiento adquirido durante nuestro recorrido académico, con el objetivo de aportar elementos nuevos que contribuyan a enriquecer la intervención desde Terapia Ocupacional.

Esto nos ubica, como futuros profesionales de la salud, ante el desafío, de analizar los comportamientos cotidianos, como personas, dentro de un grupo y también dentro de las instituciones.

Sólo entonces, existirá la posibilidad de intervenir sobre los mismos en los sujetos, en las familias, en los espacios comunitarios, tratando de alcanzar la autonomía y la vida que queremos.

Bibliografía

- ❖ (1)-ANGELI, E.; ORTIZ DE ROSAS, R.; QUIROGA, Y. Tesis de grado: *Aportes desde la T.O. respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética.* U.N.M.P. 2002. Pág. 36.
- ❖ (2)- CANOSA, S.; GARCIA CEIN; E.; AULITA, M.; BERNECHI, K.; CARDENAS, F. *Trabajo en red ¿un imposible?*. Jornadas droga y ciudad, conformando redes. 1999. Pág. 3.
- ❖ (3)- D' AGNONE, O. *Prevención y terapéutica de las adicciones.* Cáp. 5. RUT, MAGGI. Programas y experiencias. Criterios básicos de la prevención.1999. Pág. 105.
- ❖ (4)-EFRON, R. Y otros. *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo: el desafío de hoy.* Edit. Losada. 1997. Cáp. Subjetividad y adolescencia. Pág. 38.
- ❖ (5)-GOMEZ de GIRAUDO, M. T. *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia.* Segundas jornadas de formación: niñez y adolescencia en situación de riesgo. Publicación virtual de la Facultad de psicología y psicopedagogía de USAL. Año I. N° 4. 2000. Pág. 5.
- ❖ (6)-KORMAN, V. *Yantes de las drogas ¿qué?*. Grupo Igia. Barcelona. Cáp. 1.2 Pág. 30 Y Cáp. 1.8.Pág. 158 a 161.
- ❖ (7)-MANGHI, M.; NARVALS, S.; REYNO, P. *Terapia Ocupacional y comunidad.* Series compilaciones 3. COLTOA Grupo Editor. 1999. Cáp. Niñez, familia y comunidad: un abordaje desde T.O. Pág. 49.
- ❖ (8)-MUNIST, M.; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M.; SUÁREZ OJEDA, E. y MADALENO, M. CEANIM. *Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes.* Serie documentos de trabajo. N° 13. 1998. Pág. 4 y 7.
- ❖ (9)-O.M.S. *La salud de la juventud.* Documento de referencia. Series de discusiones técnicas. Ginebra. 1989. Pág. 3.
- ❖ (10)-OLAVARRA, V.; PIZARRO, E. *Adolescencia y drogadicción. Un enfoque de la prevención escolar en la Argentina.* Trabajo de campo. Universidad Nacional de Quilmes. Pág. 43 a 45.
- ❖ (11)-PAGANIZZI, L. Y otros. *Del hecho al dicho.* Psicoterapias integradas editores. 1991. Pág.58.
- ❖ (12)-PEREZ CANO ZUNA. *Manual de Atención Primaria. Organización y pautas.* Edit. Doyma. España. 1986. Pág. 76.
- ❖ (13)-RIVIERE, P. R. *Teoría del vínculo.* Edit. Nueva visión. Bs. As. Pág. 10.
- ❖ (14)-VALLEJOS, N. *Aspectos toxicológicos de las drogadependencias.* Secretaria de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico. Presidencia de la Nación. Bs. As. 1998. Pág. 1 y 6.

Páginas consultadas en Internet

- ✓ www.sedronar.gob.ar.
- ✓ www.hugomiguez.com.ar.
- ✓ www.drugabuse.gob/NIDAHome.html
- ✓ www.risolidaria.org/canale/canal_drogadicción

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Diseño y Tipo de estudio

El diseño de investigación es de tipo **no experimental** ya que la variable investigada, es el objeto de estudio tal como se presenta en su contexto natural, no presenta posibilidad de manipulación ni control alguno. Por su dimensión temporal es de corte **transversal o transeccional** ya que nuestra investigación se centró en analizar cual es el nivel o estado de la variable en un punto en el tiempo, para ello se recolectaron los datos en un sólo momento dado.

En cuanto a la profundidad del tipo de estudio es **exploratorio y descriptivo**. Responde al tipo **exploratorio** puesto que nos interesó conocer los factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia en adolescentes de 14 y 15 años de edad que concurren a colegios privados y estatales de la ciudad de M.d.P. Es **descriptivo** porque pretendimos caracterizar a la población según las diversas dimensiones o componentes de la variable de estudio.

Población y Muestra:

Técnica de selección del grupo de estudio

La población, objeto de estudio, es... “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.”¹ En esta investigación, estuvo conformada por adolescentes de la ciudad de M.d.P., que concurren a noveno año (último curso del tercer ciclo de la educación general básica) de los colegios privados: Inmaculada Concepción de María y Juan Gutemberg y los colegios estatales: Dr. Arturo Illia y E.G.B. N° 73, de la ciudad de M.d.P. en el ciclo lectivo 2003.

Para llevar a cabo nuestra investigación, elegimos la institución escolar debido a que es un ámbito que brinda la posibilidad de extraer una muestra heterogénea en cuanto a cultura, creencias, estilos de vida, etc.

La muestra, o subgrupo de la población, quedó conformada por 125 (ciento veinticinco) adolescentes de ambos sexos que se encontraban cursando el noveno año, distribuidos de manera proporcional: 30 adolescentes pertenecientes al colegio Inmaculada Concepción de María; 33 pertenecientes al Instituto Juan Gutemberg, 31 adolescentes que concurren al colegio estatal Dr. Arturo Illia y 31 adolescentes que concurren a la escuela E.G.B. N° 75.

El método de muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple de manera de garantizar que cada adolescente de las escuelas mencionadas anteriormente tuviera la misma oportunidad independiente de ser incorporado en la muestra.

Para ello se delimitó el número de unidades de análisis que conformaron la muestra, posteriormente se adjudicó un número a cada uno de los elementos, número que se

¹ HERNANDEZ SAMPIERI, R. Y otros. *Metodología de la investigación*. 2da. Edición. McGraw-Hill interamericana editores, S.A.de C.V. México. 1998. Pág. 204.

anotó luego individualmente. Por último se extrajo uno por uno al azar hasta conformar la muestra.

Criterios de selección de la muestra.

✓ Criterios de inclusión:

Formaron parte de la muestra aquellos adolescentes de ambos sexos de 14 y 15 años; que se encontraban cursando el último año del tercer ciclo de la educación general básica en el año 2003; que concurren al establecimiento el día de la recolección de los datos y consintieron voluntariamente completar el cuestionario, haciéndolo en forma completa y correcta.

✓ Criterios de exclusión:

Fueron excluidos todos los adolescentes mayores de 15 años y menores de 14 años que no se encontraban cursando noveno año en el año 2003; aquellos que se hallaron ausentes el día de la recolección de datos y/o que no aceptaron voluntariamente integrar la muestra, así como también, aquellos que contestaron el cuestionario de manera incompleta o incorrecta.

Definición de la variable de estudio.

Factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia

✓ Definición Científica.

Son aquellas condiciones, atributos o características del adolescente, que disminuyen la probabilidad del uso de drogas y/o de una consecuencia negativa para la salud en general.

Dichos factores reducen las repercusiones del riesgo y motivan al adolescente para el logro de las adquisiciones propias de esta etapa de desarrollo.

✓ Definición Operacional.

Los factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia se identifican como:

- **Adecuada autoestima:** Es la capacidad del adolescente para evaluarse y valorarse positivamente a sí mismo, reconociendo y aceptando sus características particulares. El adolescente con autoestima adecuada:

Se evalúa positivamente al:

-Manifestar verbalmente estar conforme con: {

- su cuerpo
- su forma de ser
- sus logros

Se valora positivamente al:

- Afirmar sentirse como una persona: {

- única
- segura de sí misma
- merecedora de afecto de los demás

Los niveles de autoestima se categorizaron de la siguiente manera:

-Adecuada: cuando se valora y se evalúa positivamente entre el 100% al 75%.

-Media: cuando se valora y se evalúa positivamente entre el 74% al 26%.

-Inadecuada: Cuando se evalúa positivamente entre el 25% al 0%.

Los indicadores que se tomaron en cuenta para evaluarse positivamente son: totalmente de acuerdo, acuerdo, medianamente de acuerdo, desacuerdo y totalmente desacuerdo.

La indización de dichos indicadores, en caso de que la preposición sea afirmativa fue la siguiente:

- Totalmente de acuerdo: 4 Ptos.
- Acuerdo: 3 ptos.
- Medianamente de acuerdo: 2 Ptos.
- Desacuerdo: 1 Pto.
- Totalmente desacuerdo: 0 Ptos.

En caso de que la preposición estuviese expresada en forma negativa, la indización de los indicadores se invirtió de la siguiente manera:

- Totalmente de acuerdo: 0 Pto.
- Acuerdo: 1 pto.
- Medianamente de acuerdo: 2 Ptos.
- Desacuerdo: 3 Ptos.
- Totalmente desacuerdo: 4 Ptos.

Los indicadores que se tomarán en cuenta para valorarse positivamente son: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca.

La indización de los indicadores, en caso de que la preposición sea positiva es la siguiente:

- Siempre: 4 Ptos.
- Casi siempre: 3 Ptos.
- A veces: 2 ptos

- Casi nunca: 1 Pto.
- Nunca: 0 Pto.

En caso de que la preposición estuviese expresada en forma negativa, la indización de los indicadores se invirtió de la siguiente manera:

- Siempre: 0 Pto.
- Casi siempre: 1 Pto.
- A veces: 2 ptos
- Casi nunca: 3 Ptos.
- Nunca: 4 Ptos.

- **Adecuada tolerancia a la frustración:** Es la capacidad de espera, por parte del adolescente, ante las expectativas que no se cumplen y la aceptación de circunstancias desagradables como parte de la vida. Los indicadores de una buena tolerancia a la frustración consisten en:

Capacidad para aceptar:

- Que no siempre puede: $\left\{ \begin{array}{l} - \text{acceder inmediatamente a lo que desea} \\ \text{(vestimenta, dispositivo de música, otros.)} \\ - \text{hacer lo que le gusta.} \end{array} \right.$
- Cuando le marcan sus errores.
- Que se puede perder o ganar cuando participa de un juego o competencia.

- **Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas:** Consiste en la aptitud del adolescente, ante una situación problemática, para buscar alternativas de resolución y responsabilizarse por las decisiones tomadas o bien solicitar ayuda en caso de requerirla. Las cuales se evidencian en:

La capacidad para:

- Afrontar situaciones difíciles {
 - preparar y resolver un examen.
 - participar activamente en las discusiones

-Hacerse responsable de sus propias decisiones.

- Pedir ayuda a: {
 - la familia
 - los pares
 - otros

• **Adecuada autonomía para su edad evolutiva:** Consiste en la habilidad del adolescente para decidir, expresar y desenvolverse en las actividades que realiza, independientemente del grupo de pares y la familia. Se manifiesta cuando:

-Decide Independientemente de la influencia de los otros.

- Expresa: {
 - opiniones diferentes.
 - rechazar las influencias de los demás
 - la negativa a realizar un favor que no tiene tiempo o ganas de hacer.

-Refiere ser una persona emprendedora.

• **Capacidad de comunicación:** Es la disposición por parte del adolescente de expresar y escuchar, sentimientos y necesidades que se presentan en las relaciones con su grupo familiar y de pares. La cual se manifiesta en la:

Capacidad para:

- Expresar: {
 - diferentes sentimientos.
 - su necesidad de ser escuchado.
- Escuchar {
 - cuando otro expresa lo que siente
 - la necesidad de los otros

Para los factores protectores: adecuada tolerancia a la frustración; capacidad para tomar decisiones y resolver problemas; Adecuada autonomía para su edad evolutiva; capacidad de comunicación; se utilizaron las siguientes categorías:

- Adecuada: Posee la capacidad entre un 100% y 75%.

- Media: Posee la capacidad entre el 74 %y 26 %.

- Inadecuada: Posee la capacidad entre 25% y 0 %.

Se tomaron como indicadores: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca. Cuya indización, en caso de que la preposición fuese positiva fue la siguiente:

- Siempre: 4 Ptos.
- Casi siempre: 3 Ptos.
- A veces: 2 Ptos.
- Casi nunca: 1 Pto.
- Nunca: 0 Pto.

En caso de que la preposición estuviese expresada en forma negativa, la indización de los indicadores se invirtió de la siguiente manera:

- Siempre: 0 Pto.
 - Casi siempre: 1 Pto.
 - A veces: 2 Ptos.
 - Casi nunca: 3 Ptos.
 - Nunca: 4 Ptos.
- **Uso de tiempo libre de manera saludable:** Implica la elección de aquellas actividades de participación activa, que proporcionan la oportunidad de exploración creativa de sí mismo, su cultura, su contexto, la renovación de sus intereses y el intercambio con otras personas. Se observa por medio de la:

Capacidad para:

- Emplear la mayor parte del tiempo en actividades de participación activa (Las mismas pueden ser: artísticas, recreativas, sociales, lúdicas, etc., según su propia preferencia. Mientras que actividades como mirar T.V.; juegos en red, video games, etc., son consideradas en este trabajo como pasivas.)

- Compartir su tiempo libre con otros.

El uso del tiempo libre se categorizó como:

- Saludable: Cuando lo emplea en actividades de participación activa y comparte su tiempo libre con otros, entre 7 y 5 días de la semana.

- Medianamente saludable: Cuando emplea en actividades de participación activa y comparte su tiempo libre con otros, entre 3 y 4 días de la semana.

- No saludable: Cuando emplea en actividades de participación activa y comparte su tiempo libre con otros, entre 2 días y ningún día; o bien, cuando emplea su tiempo libre en actividades pasivas, independientemente de la cantidad de días que comparta su tiempo libre con otros.

Los indicadores utilizados para la capacidad para compartir su tiempo libre con otros fueron: todos los días, casi todos los días, algunos días, pocos días, ningún día.

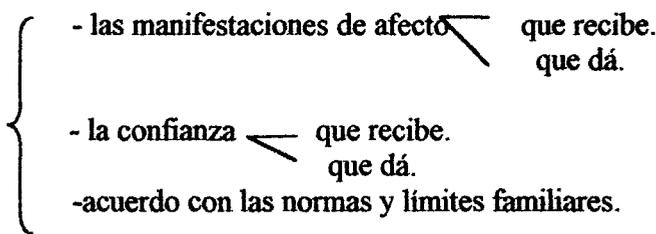
La indización de los anteriores indicadores, debido a que la pregunta se formuló de manera negativa, fue la siguiente:

- Todos los días: 0 Pto.
- Casi todos los días: 1 Pto.
- Algunos días: 2 Ptos.
- Pocos días: 3 Ptos.
- Ningún día: 4 Ptos.

Para la capacidad de emplear su tiempo libre en actividades de participación activa, los indicadores fueron: Actividades recreativas, artísticas, juegos en computadora, mirar T.V.

La indización de los indicadores citados, fue la siguiente:

- Actividades recreativas: 4 Ptos.
- Artísticas: 4 Ptos.
- Juegos en computadora: 0 Pto.
- Mirar T.V.: 0 Pto.
- **Percepción de un clima familiar positivo de convivencia:** Consiste en la apreciación por parte del adolescente de un ambiente de relaciones familiares que le brinden afecto, confianza y seguridad, sostenido por la existencia y respeto de las normas de convivencia. Se evidencia cuando:

- Expresa 
 - las manifestaciones de afecto
 - la confianza
 - acuerdo con las normas y límites familiares.
- Considera a la familia como un lugar de seguridad.

- Manifiesta el apoyo de la familia ante la toma de una decisión.

Se utilizó como categorización de la percepción del clima familiar:

-Percepción del clima familiar positivo: cuando percibe que el ambiente familiar le brinda afecto, confianza y seguridad entre un 100% y un 75%.

-Percepción del clima familiar medianamente positivo: cuando percibe que el ambiente familiar le brinda afecto, confianza y seguridad entre un 74 % y un 26%.

-Percepción del clima familiar negativo: cuando percibe que el ambiente familiar le brinda afecto, confianza y seguridad entre un 25% y un 0%.

Se utilizaron los siguientes indicadores: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. Los mismos, en caso de que las proposiciones estuviesen expresadas de manera positiva, se indizaron de la siguiente manera:

- Siempre: 4 Ptos.
- Casi siempre: 3 Ptos.
- A veces: 2 Ptos.
- Casi nunca: 1 Pto.
- Nunca: 0 Pto.

En caso de que la proposición se exprese en forma negativa, la indización de los indicadores se invierte de la siguiente manera:

- Siempre: 0 Pto.
 - Casi siempre: 1 Pto.
 - A veces: 2 Ptos.
 - Casi nunca: 3 Ptos.
 - Nunca: 4 Ptos.
- **Actitud negativa frente a la droga:** Es la disposición por parte del adolescente a no consumir drogas y se evidencia en:

- El no consumo de $\left\{ \begin{array}{l} - alcohol \\ - marihuana \\ - cocaína \\ - otras drogas. \end{array} \right.$

- No aceptar la droga ante la oferta.

La disposición al no consumo se categorizó de la siguiente manera:

- Alta disposición al no consumo: cuando no consume y no acepta la droga ante la oferta, entre un 100 % y un 75% de las veces.

- Mediana disposición al no consumo: cuando no consume y no acepta la droga ante la oferta, entre un 76% y un 26% de las veces.

- Baja disposición al no consumo: cuando no consume y no acepta la droga ante la oferta, entre un 25% y un 0 %.

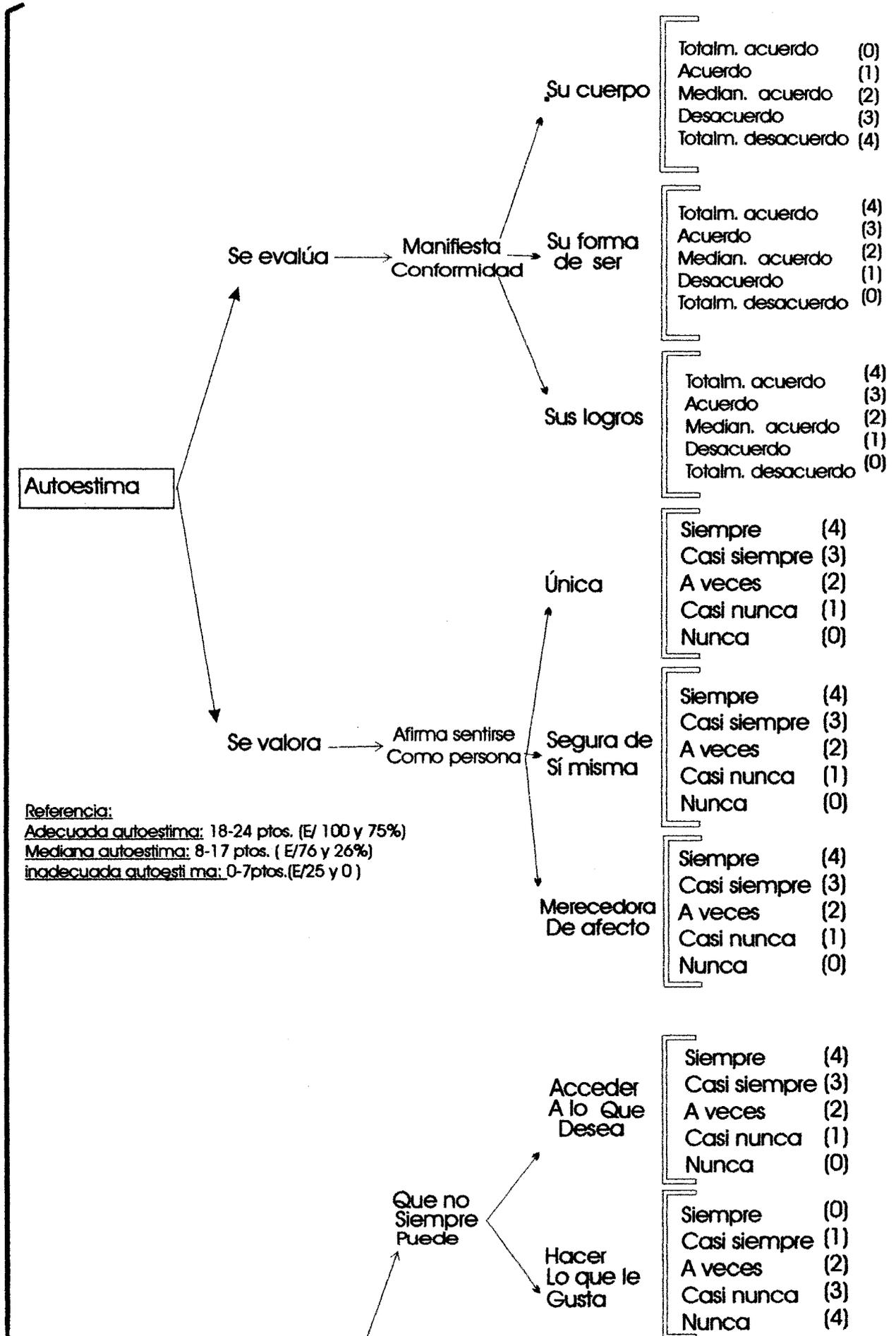
Como indicadores se emplearon: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. Los mismos, en caso de que las preposiciones se expresen de manera positiva, se indizaron de la siguiente manera

- Siempre: 4 Ptos.
- Casi siempre: 3 Ptos.
- A veces: 2 Ptos.
- Casi nunca: 1 Pto.
- Nunca: 0 Pto.

En caso de que la preposición estuviese expresada en forma negativa, la indización de los indicadores se invirtió de la siguiente manera:

- Siempre: 0 Pto.
- Casi siempre: 1 Pto.
- A veces: 2 Ptos.
- Casi nunca: 3 Ptos.
- Nunca: 4 Ptos.

Dimensionamiento de la variable



Referencia:

Adecuada autoestima: 18-24 ptos. (E/ 100 y 75%)

Mediana autoestima: 8-17 ptos. (E/76 y 26%)

inadecuada autoestima: 0-7ptos.(E/25 y 0)

Referencia:

Adecuada tolerancia a la frustración: 12-16 Ptos. (e/ 100 y 75%)

Mediana tolerancia a la frustración: 5-11 Ptos (E/74 y -26%)

Inadecuada tolerancia a la frustración: 0-4Ptos (E/ 25% y 0%)

Que se puede perder o
Ganar en una competencia

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

Preparar y
Resolver un
Examen

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

Afrontar
Situaciones
Difíciles

Participar en
Discusiones

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

Capacidad
para Tomar
Decisiones
Y resolver
Problemas

Capacidad
Para

Pedir ayuda

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

Responsabilizarse de sus
Propias decisiones

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

Referencia:

Adecuada capacidad: 12-16 Ptos.(E7 100 y 75%)

Mediana capacidad: 5-11 Ptos.(E/ 74 y 26 %)

Inadecuada capacidad: 0-4 Ptos.(E/ 25%y 0 %)

Decide independientemente de los otros

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

Refiere ser una persona emprendedora

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

Autonomía
Para su Edad
Evolutiva

Opiniones diferentes

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

Referencia:

Adecuada autonomía: 12-16 Ptos. (E/ 100% y 75%)

Mediana Autonomía: 5-11 Ptos.(e/ 74% y 26%)

Inadecuada autonomía: 0-4Ptos. (e/ 25% y 0%)

La negativa a realizar

Un favor

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

Uso Del
Tiempo
Libre

Capacidad
Para

Emplear la
mayor parte
en
actividades

participación
activa

pasivas

- Artísticas (4)
- Recreativas (4)
- Sociales (4)

- Juegos en comput(0).
- Mirar T.V. (0)

Compartir su tiempo libre
Con otros

- Todos los días (0)
- Casi todos los días (1)
- Algunos días (2)
- Pocos días (3)
- Ningún día (4)

Referencia:

Uso del tiempo libre de manera saludable 8-7 Ptos.)

Uso del tiempo libre medianamente saludable 6 Ptos

Uso del tiempo libre de manera no saludable: 5-0Ptos.

Capacidad
De
Comunicación

Capacidad
Para

Expresar

Sentimientos

Su necesidad
De Ser
Escuchado

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

Referencia:

Adecuada capacidad: 12-16 Ptos.(e/100y 75%)

Mediana capacidad: 5-11 Ptos.(e/74 y 26%)

Inadecuada capacidad: 0-4 Ptos.(e/ 25 y 0%)

Escuchar

Cuando otro
Expresa sus
Sentimientos

las
Necesidades
de otros

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)

Percepción de un clima familiar

Expresa

Confianza

Que recibe

Que dá

conformidad con los límites familiares

Considera a la familia como un lugar de seguridad

Manifiesta el apoyo familiar ante la toma de una decisión

- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

- Siempre (4)
- Casi siempre (3)
- A veces (2)
- Casi nunca (1)
- Nunca (0)

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

- Siempre (0)
- Casi siempre (1)
- A veces (2)
- Casi nunca (3)
- Nunca (4)

Referencia:

Percibe clima positivo: 21- 28 Ptos.(E/ 100 y 75%)

Percibe clima medianamente positivo: 8-20 Ptos. (E/ 74 y 26%)

Percibe clima negativo: 0-7 Ptos.(E/25% y 0 %)

Alcohol

consumo

Marihuana

Actitud
frente a
la droga

Cocaína

Otras drogas

Aceptación ante la oferta

Referencia:

Baja disposición al consumo: 15-20 Ptos. (e/ 100 y 75%)

Mediana disposición al consumo: 6-14 Ptos.(e/ 74 y 26%)A

Alta disposición al consumo: 0-5 Ptos (e/ 25 y 0 %)

Siempre (0)
Casi siempre (1)
A veces (2)
Casi nunca (3)
Nunca (4)

Siempre (0)
Casi siempre (1)
A veces (2)
Casi nunca (3)
Nunca (4)

Siempre (0)
Casi siempre (1)
A veces (2)
Casi nunca (3)
Nunca (4)

Referencia:

Alta presencia de factores protectores: 108-147 Ptos. (75% o +)

Mediana presencia de factores protectores: 37-107 Ptos.(+ 25% y - 75%)

Baja presencia de factores protectores:0- 36 Ptos. (25% o -)

Categorización

Se cuantificó teniendo en cuenta la alta, mediana y baja presencia de factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia, por lo que se consideró que la unidad de análisis se encontraba con una **alta presencia de factores protectores** cuando la sumatoria de la indización obtenida se encontró en el rango comprendido entre 108 y 144 pts.. Cuando la puntuación fue de 37 a 107 pts., se consideró **mediana presencia de factores protectores** y si se obtuvo una puntuación entre 0 y 36 pts., se consideró una **baja presencia de factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia**.

Para conocer las puntuaciones de cada factor protector se construyeron los siguientes intervalos:

Autoestima:

Adecuada autoestima: 18-24 Ptos.

Mediana autoestima: 8-17 Ptos.

Inadecuada autoestima: 0-7 Ptos.

Tolerancia a la frustración:

Adecuada tolerancia a la frustración: 12-16 Ptos.

Mediana tolerancia a la frustración: 5-11 Ptos.

Inadecuada tolerancia a la frustración: 0-4 Ptos.

Capacidad para tomar decisiones:

Adecuada capacidad: 12-16 Ptos.

Mediana capacidad: 5-11 Ptos.

Inadecuada capacidad: 0-4 Ptos.

Autonomía:

Adecuada autonomía: 12-16 Ptos.

Mediana Autonomía: 5-11 Ptos

Inadecuada autonomía: 0-4Ptos.

Uso del tiempo libre:

Uso del tiempo libre de manera saludable: 8-7Ptos

Uso del tiempo libre de manera medianamente saludable: 6 Ptos.

Uso del tiempo libre de manera no saludable: 5-0 Ptos.

Capacidad de comunicación:

Adecuada capacidad: 12-16Ptos.

Mediana capacidad: 5-11 Ptos.

Inadecuada capacidad: 0-4 Ptos.

Percepción de un clima familiar de convivencia:

Percepción de un clima familiar positivo: 21- 28 Ptos.

Percepción de un clima familiar medianamente positivo: 8-20 Ptos.

Percepción de un clima familiar negativo:0-7 Ptos.

Actitud frente a la droga:

Alta disposición al consumo:0-5Ptos.

Mediana disposición al consumo: 6-14Ptos.

Baja disposición al consumo: 15-20 Ptos.

Método de recolección de datos

Como método de recolección de datos se utilizó un cuestionario que consiste en un conjunto de preguntas respecto a la variable a medir. El cual tuvo la característica de ser autoadministrable y anónimo, con la finalidad de obtener datos más veraces y por consiguientes más confiables.

Este instrumento de recolección de datos estuvo conformado por 33 preguntas cerradas, las cuales contenían categorías o alternativas de respuestas que fueron determinadas a priori, y 2 preguntas abiertas, en las que no se delimitó de antemano las alternativas de respuestas.

En cuanto a la ubicación de las preguntas, se situaron al final del formulario, las de índole personal que aludían a la droga, con el objetivo de no despertar reacciones negativas en el respondiente, ya que podían afectar la disposición a responder el resto del cuestionario.

En lo que respecta ^{el} al instrumento de medición, se aplicó la escala de Lickert con la finalidad de distinguir de manera cuantitativa a los adolescentes, en función del grado en que se caracterizaron por la presencia de los factores protectores investigados.

Esta escala mencionada comprendió un conjunto de ítems presentados en formas de afirmaciones o proposiciones declarativas que expresaban un punto de vista sobre el tema, y ante los cuales se pidió la reacción de los sujetos, eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. Para evitar la parcialidad de las respuestas, se escogió un número equitativo de proposiciones positivas y negativas. Las mismas se cuantificaron asignándole una puntuación más alta a la aceptación de proposiciones expresadas de modo positivo o a la falta de aceptación de las preposiciones expresadas negativamente. Así, cada adolescente obtuvo una puntuación respecto a cada afirmación, obteniéndose al final su puntuación total

con la suma de las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. El puntaje mínimo posible fue 0 y el máximo 144.

Prueba piloto

Para garantizar la confiabilidad del instrumento de medición, se llevó a cabo una prueba piloto en 10 adolescentes con las mismas características. Dichos cuestionarios fueron excluidos de la muestra final y permitieron detectar la necesidad de realizar la siguiente modificación: se reformuló la redacción de algunas preguntas para facilitar la comprensión de los adolescentes. El tiempo estimado para completar el cuestionario fue de aproximadamente 10 a 15 minutos.

Procedimiento de recolección de datos

Previamente a la realización del trabajo de campo, se efectuaron entrevistas con el personal directivo de las instituciones escolares con la finalidad de solicitar la autorización y establecer la fecha en que se llevaría a cabo el mismo. Luego, se realizó la toma de los cuestionarios autoadministrados a los adolescentes.

Al momento de la recolección de los datos nuestra función fue la de observadores participantes, realizando sólo intervenciones esclarecedoras.

El tiempo que demandó el trabajo de campo fue de un mes y medio, comenzando el día 8 de septiembre y finalizando el día 24 de octubre.

Plan de tabulación y análisis

En primera instancia se realizó una base de datos confeccionada en EXCEL, posteriormente un análisis uni y bi-variado seguido de un análisis de correspondencias múltiples (multivariado), a través del programa SPAD.N Integrado Versión 2.5, del Programa PRESTA (programme de Recherche et D' Enseignement en Estatistique Appliquee) de la Universidad Libre de Bruselas – Bélgica -, específico para el análisis de variables cualitativas en Ciencias Sociales.

Análisis de Correspondencias Múltiples

Los procedimientos de análisis factoriales son herramientas de la estadística descriptiva que permiten estudiar simultáneamente las relaciones entre variables y las similitudes entre las unidades estadísticas llamadas individuos.

En el caso de una encuesta, como en la presente tesis, cada individuo (fila de la tabla) se caracteriza por sus respuestas a una serie de *cuestiones*. Las cuestiones para las cuales el individuo responde escogiendo una modalidad de respuesta, son variables nominales. Este procedimiento, etapa esencial del análisis descriptivo de relaciones entre varias variables nominales, realiza lo que llamamos análisis de correspondencia múltiple.

El proceso estadístico se realizó a través del programa SPAD.N Integrado Versión 2.5, del Programa PRESTA (Programme de Recherche et D'Enseignement en Estatistique Appliquee) de la Universidad Libre de Bruselas - Bélgica -, específico para el análisis de variables cualitativas en Ciencias Sociales.

En este análisis se introducen las variables dentro de dos categorías : variables activas y variables ilustrativas(ó suplementario).

Las **activas** son aquellas que forman la correspondencia, y las **ilustrativas** son las asociadas a ella.

La determinación de los elementos llamados **activos** es una decisión importante del usuario, ya que deben responder a un criterio de homogeneidad (deben pertenecer a un mismo tema ó punto de vista) y de exhaustividad (deben describir totalmente ese tema).

Las modalidades, que son centro de gravedad de los individuos que las componen, se pueden asociar a las modalidades ilustrativas mediante el criterio llamado “valor test”, que tiene significación estadística similar a la “probabilidad estadística”. Éste evalúa en cada eje la “distancia” al centro de gravedad en número de desviaciones tipo de una ley normal (test de una media igual a la media global) Esto permite evaluar si un subgrupo de individuos tiene una localización significativa en una dirección factorial (por extensión , el criterio se aplica también para las modalidades activas).

Básicamente el método de correspondencias múltiples, a partir de dos ejes $x - y$, en los que se han determinado una serie de puntos que representan a una misma cantidad de individuos, determina los ejes que pasan por el individuo promedio de todo el universo. Esto se complejiza al agregar nuevos ejes, aumentando las dimensiones, por un proceso matemático, se mide la distancia de cada individuo a la media lo que visualiza en grupos, a los individuos de menor distancia entre sí. Esto da base a la clasificación (Cluster Analysis), generando un dendograma que ubica estos puntos ordenados según la distancia que los separa, permitiendo definir el árbol de cortes por los individuos que más se separan (o se diferencian cualitativamente) entre sí, creando tipologías que dan elementos para el análisis posterior.

Construcción de una tipología.

Los procedimientos de clasificación tienden a reagrupar los objetos para definir grupos homogéneos. Una tipología se obtiene cuando se ha hecho de cada grupo de objetos un “ tipo”, es decir una entidad de la cual se conocen sus características. Una tipología es normalmente un medio cómodo de observación mas allá de las primeras dimensiones de un análisis factorial.²

Aplicar un método de clasificación significa fraccionar un conjunto dado de unidades de observación en subconjuntos homogéneos.

Se llaman «clases» a los subconjuntos de individuos de ese espacio de representación que son identificables porque :

- en ciertas zonas del espacio existe una gran densidad de individuos.
- en las zonas del espacio que separa esos subconjuntos existe una baja densidad de individuos.

En este estudio, existe solo un grupo de variables homogéneas, por lo que se construye una tipología, y se proyecta como variable ilustrativa al el sexo.

² Manual SPAD.N . Centre International de Statistique et d Informatique Appliquees pag 128

Bibliografía

- ❖ (1)-HERNANDEZ SAMPIERI, R. Y otros. Metodología de la investigación. 2da. Edición. McGraw-Hill interamericana editores, S.A.de C.V. México. 1998. Pág.186, 204, 256-266.
- ❖ (2)- Manual SPAD.N . Centre International de Statistique et d Informatique Appliquees pag 128
- ❖ (3)-MUNIST, M.; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M.; SUÁREZ OJEDA, E. y MADALENO, M. CEANIM. Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes. Serie documentos de trabajo. N° 13. 1998. Pág. 4 y 7.
- ❖ (4)-POLIT, D. Y HUNGER, B. Investigación científica en Ciencias de la salud. Editorial Panamericana. 3ra. Edición. México. 1991. Pág. 249-255.

Páginas consultadas en Internet

- ✓ www.sedronar.gob.ar
- ✓ www.risolidaria.org/canale/canal_drogadicción

ANÁLISIS DE DATOS

1.1 Análisis uni y bi-variado

El grupo de estudio estuvo conformado por 125 adolescentes de 14 y 15 años de edad. De los cuales, 70 individuos eran de sexo femenino, lo cual corresponde al 56% de la población total mientras que el 44% restante (55 adolescentes) fueron de sexo masculino. A continuación presentamos los datos obtenidos.

TABLA N° 1

Evaluación de Autoestima en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Autoestima- evaluación	Total desacuerd		Desacuer.		Median. Acuerdo		Acuerdo		Totalmen. Acuerdo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Conformidad con su forma de ser	1	0,8	1	0,8	14	11,2	55	44	54	43,2	125	100
Conformidad con sus logros	2	1,6	6	4,8	32	25,6	35	28	50	40	125	100
Conformidad con su cuerpo	10	8	20	16	45	36	22	17,6	28	22,4	125	100

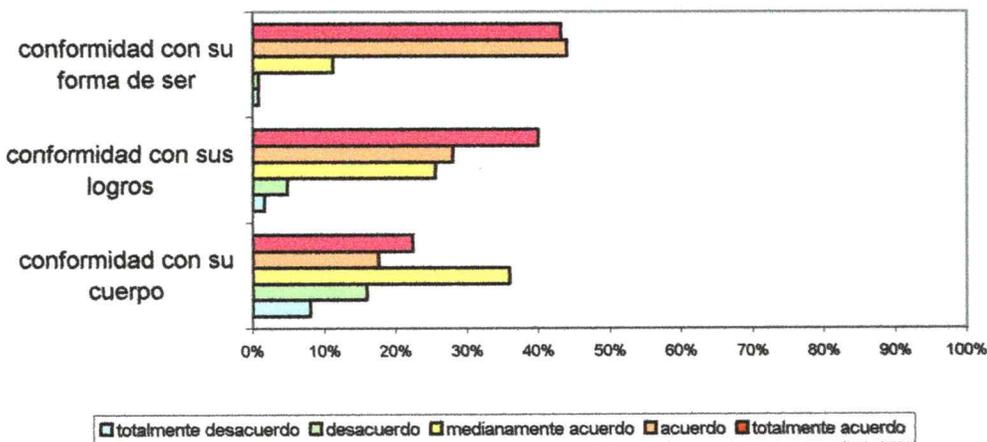


Gráfico N°1: Evaluación de Autoestima en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Como puede observarse en la tabla y gráfico N° 1, aproximadamente un tercio de la población afirma una mediana conformidad con su cuerpo.

Respecto a la conformidad con su forma de ser, el 87% de la misma refiere estar de acuerdo o Totalmente de acuerdo.

Se aprecia que un 40% de la población expresa estar completamente de acuerdo con sus logros.

TABLA N° 2

Valoración de autoestima en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Autoestima- valoración	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Se considera persona única	15	12	14	11,2	44	35,2	29	23,2	23	18,4	125	100
Se considera seguro de sí mismo	6	4,8	7	5,6	40	32	42	33,6	30	24	125	100
Se considera merecedor de afecto	6	4,8	5	4	37	29,6	44	35,2	33	26,4	125	100

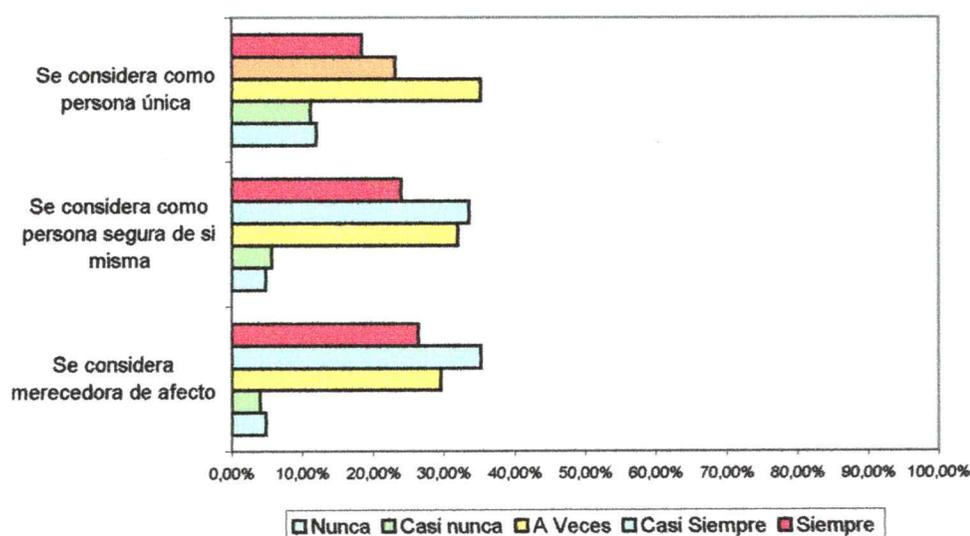


Gráfico N° 2: valoración de autoestima en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de Maria; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P.

La tabla junto con el gráfico N° 2 muestran que aproximadamente tres cuartos de la población, se considera como persona única: A veces o Casi siempre o Siempre .

A si mismo, un 90% de la población se distribuye de manera equitativa en las categorías: Siempre ; Casi siempre y A veces, al considerarse como persona segura de si misma.

Situación similar sucede al considerarse como persona merecedora de afecto: Siempre (26,4%); casi siempre (35,2%) y a veces (29,6%)

TABLA N° 3

Nivel de autoestima en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Nivel de autoestima	N°	%
Adecuada	50	40
Mediana	73	58,4
Inadecuada	2	1,6
Total	125	100

TABLA N° 4

Nivel de autoestima según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Nivel de autoestima Sexo	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Total	125	16,2	3,4	6	14	16	19	23	16
Femenino	70	15,9	3,3	6	14	16	18	22	18
Masculino	55	16,6	3,6	7	14	16	20	23	16

En cuanto al nivel de autoestima, la tabla N° 3 muestra que casi el 100% de la población posee una adecuada y mediana autoestima.

Se aplicó la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado) para relacionar el nivel de autoestima según sexo, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($P > .05$) como se observa en la tabla N° 4.

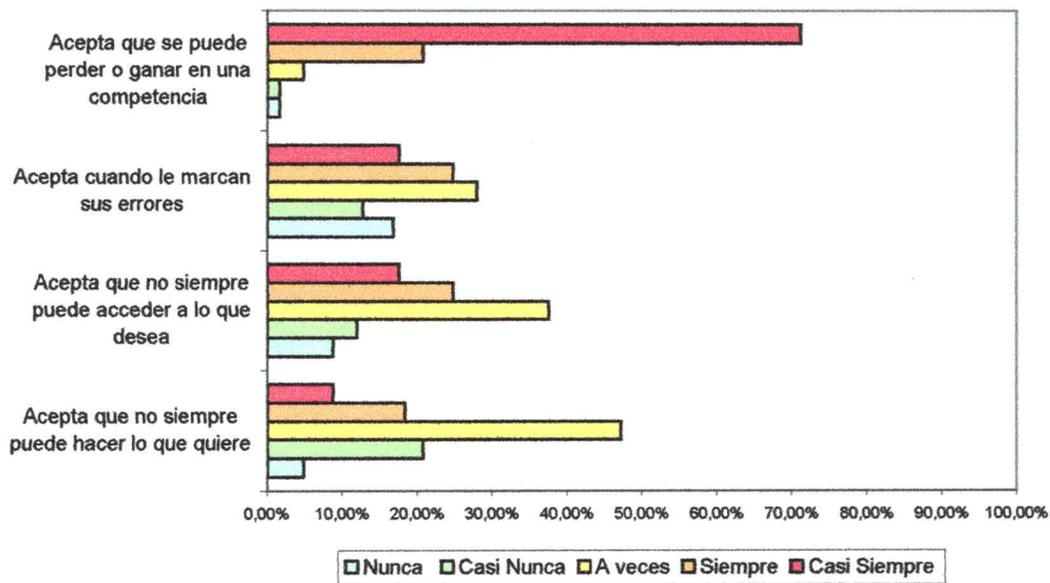


Gráfico N°3: Tolerancia a la Frustración en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de Maria; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P.

TABLA N° 5

Tolerancia a la frustración en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Tolerancia a la frustración	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		siempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acepta que se puede perder o ganar en una competencia	2	1,6	2	1,6	6	4,8	26	20,8	89	71,2	125	100
Acepta cuando le marcan los errores	21	16,8	16	12,8	35	28	31	24,8	22	17,6	125	100
Acepta que no siempre puede acceder a lo que desea	11	8,8	15	12	47	37,6	30	24,8	22	17,6	125	100
Acepta que no siempre puede hacer lo que quiere	6	4,8	26	20,8	59	47,2	23	18,4	11	8,8	125	100

Como se aprecia en la tabla N°5 y el Gráfico N° 3, aproximadamente un tercio de la población acepta a veces que no puede acceder a lo que desea y que le marquen sus errores.

Casi el 50% de la población acepta a veces que no siempre puede hacer lo que quiere.

Algo más del 70% de los adolescentes acepta siempre que puede perder o ganar en una competencia.

TABLA N° 6

Nivel de tolerancia a la frustración en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Nivel de tolerancia a la frustración	N°	%
Adecuada	27	21,6
Mediana	97	77,6
Inadecuada	1	0,8
Total	125	100

TABLA N°7

Nivel de tolerancia a la frustración según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Nivel de tolerancia a la frustración Sexo	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Total	125	16,2	3,4	0	9	10	11	16	11
Femenino	70	10,2	2	5	9	10	11	16	11
Masculino	55	9,9	2,3	0	9	10	11	14	10

Respecto del nivel de tolerancia a la frustración, se puede apreciar en la tabla N°6 que más de tres cuartos de la población adolescente presenta una mediana tolerancia a la frustración.

Para relacionar el nivel de tolerancia a la frustración según sexo, se aplicó la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado), no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($P > .05$) como lo muestra la tabla N°7.

TABLA N° 8

Capacidad de tomar decisiones y resolver problemas en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto-septiembre, 2003, M.d.P.

Capacidad de tomar decisiones y resolver problemas	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Preparar y resolver un examen	4	3,2	2	1,6	18	14,4	37	29,6	64	51,2	125	100
Responsabilizarse por sus propias decisiones	4	3,2	5	4	17	13,6	38	30,4	61	48,8	125	100
Pedir ayuda	9	7,2	8	6,4	35	28	33	26,4	40	32	125	100
Participar en discusiones	23	18,4	15	12	34	27,2	18	14,4	35	28	125	100

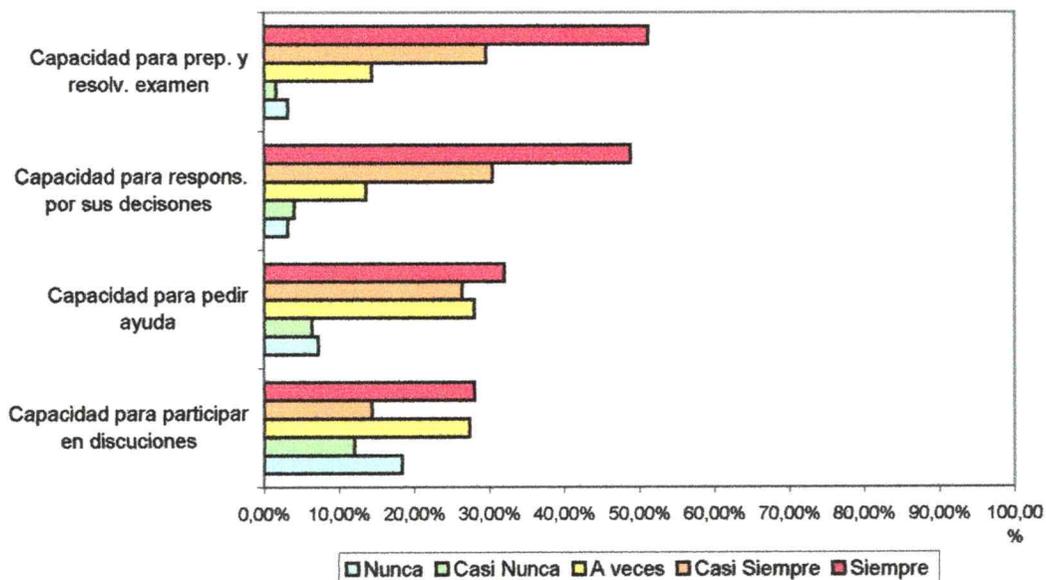


Gráfico N° 4 : Capacidad para tomar decisiones en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de Maria; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P.

La tabla N° 8 y el Gráfico N° 4 muestran que aproximadamente la mitad de la población adolescente se considera siempre capaz de resolver un examen. Lo mismo puede observarse con respecto a la capacidad de responsabilizarse por las propias decisiones.

Casi un 30 % de los adolescentes, refiere poseer siempre o a veces la capacidad de participar en discusiones.

Casi el total de la población refiere pedir ayuda cuando lo necesita a veces; casi siempre o siempre.

TABLA N° 9

Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto-septiembre, 2003, M.d.P.

Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas	N°	%
Adecuada	67	53,6
Mediana	54	43,2
Inadecuada	4	3,2
Total	125	100

TABLA N° 10

Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Sexo	Tomar Decis.	N° obs.	promedio	Desv. estandar		P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
				estandar	minima					
Total		125	11,3	2,8	0	10	12	13	16	12
Femenino		70	11,6	2,7	4	10	12	13	16	12
Masculino		55	11	2,9	0	10	11	13	16	10

En lo que se refiere a la capacidad de tomar decisiones y resolver problemas, la tabla N° 9 muestra que más de la mitad de la población posee una adecuada capacidad.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa, según la tabla N°10 al aplicarse la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado) para relacionar la capacidad de tomar decisiones y resolver problemas según sexo. ($P > .05$)

TABLA N° 11

Autonomía para la edad evolutiva en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Autonomía para la edad evolutiva	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Decide independientemente de los otros	6	10,4	29	23,2	36	28,8	28	22,4	19	15,2	125	100
Refiere ser una persona emprendedora	10	8	8	6,4	37	29,6	44	35,2	26	20,8	125	100
Expresa opiniones diferentes	6	4,8	5	4	21	16,8	22	17,6	71	56,8	125	100
Expresa la negativa a realizar un favor	3	2,4	3	2,4	16	12,8	25	20	78	62,4	125	100

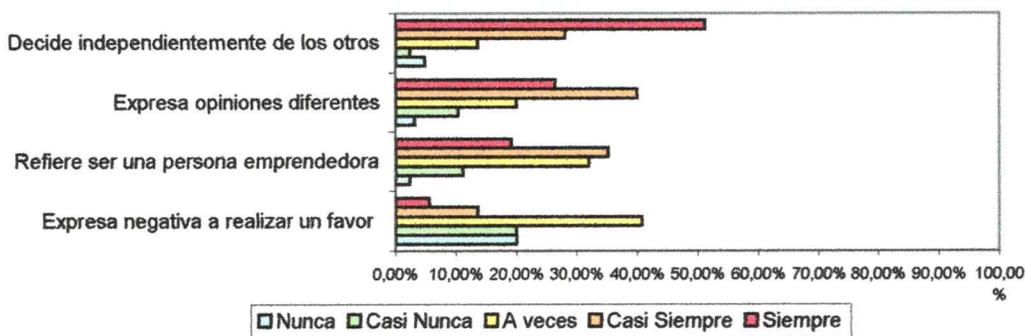


Gráfico N° 5: Autonomía para la edad evolutiva en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P

Como se observa en la tabla N° 11 y gráfico N° 5, aproximadamente la mitad de la población refiere siempre tomar decisiones de manera independiente.

Más de dos tercios de la población refiere ser una persona emprendedora a veces y casi siempre.

El 40% de la población expresa casi siempre opiniones diferentes y solo a veces expresa la negativa realizar un favor.

TABLA N° 12

Nivel de autonomía para la edad evolutiva en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Nivel de autonomía para la edad evolutiva	N°	%
Adecuada	41	32,8
Mediana	82	65,6
Inadecuada	2	1,6
Total	125	100

TABLA N° 13

Autonomía para la edad evolutiva según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Sexo	Autonomía	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Total		125	10,2	2,3	2	9	11	12	14	12
Femenino		70	10,1	2,5	2	9	11	12	14	12
Masculino		55	10,2	2,1	6	8	10	12	14	8

Según la tabla N° 12 aproximadamente dos tercios de la población se encuadra en un nivel medio de autonomía.

Se aplicó la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado) para relacionar el nivel de autonomía para la edad evolutiva según sexo, no encontrándose, como se aprecia en la tabla N° 13, diferencia estadísticamente significativa ($P > .05$)

TABLA N° 14

Capacidad de comunicación en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Capacidad de comunicación	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Capac. para escuch. las neces. de los otros	3	2,4	3	2,4	16	12,8	25	20	78	62,4	125	100
Capac. para escuch. cuando otros expresan sentiment.	6	4,8	5	4	21	16,8	22	17,6	71	56,8	125	100
Capac. para expres. la necesidad de ser escuchado	10	8	8	6,4	37	29,6	44	35,2	26	20,8	125	100
Capac. para expres. Sentimien.	13	10,4	29	23,2	36	28,8	28	22,4	19	15,2	125	100

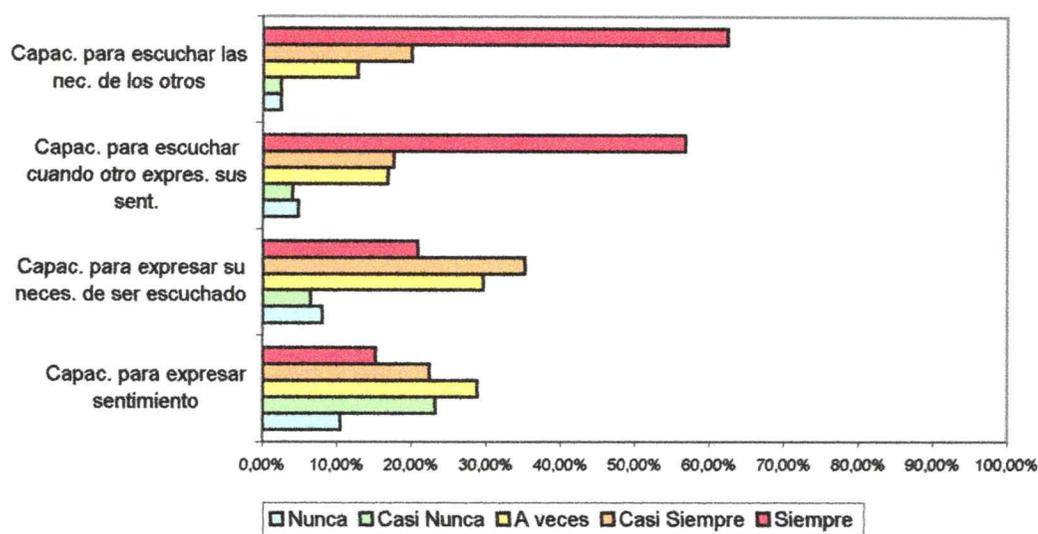


Gráfico N° 6: Capacidad de comunicación en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P

Del análisis de la tabla N° 14 y gráfico N° 6 se desprende que casi un tercio de la población adolescente posee la capacidad para expresar sus sentimientos solo a veces.

La mayor parte de la población expresa su necesidad de ser escuchado a veces (29,6%), casi siempre (35,2%) y siempre (20,8%).

Más del 50% de la población considera poseer siempre la capacidad de escuchar cuando otro expresa sus sentimientos, así como también de escuchar las necesidades de los otros.

TABLA N° 15

Capacidad de comunicación en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Capacidad de comunicación	N°	%
Adecuada	62	49,6
Mediana	63	50,4
Inadecuada	0	0
Total	125	100

TABLA N° 16

Capacidad de comunicación según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Sexo	Capac. De comunicación	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Total		125	11,2	2,5	6	10	11	13	16	18
Femenino		70	19,9	2,4	6	10	12	14	16	10
Masculino		55	10,3	2,3	6	9	10	12	16	10

En cuanto a la capacidad de comunicación, según la tabla N° 15, el 100% de la población se distribuye equitativamente en las categorías, Adecuada y medianamente adecuada.

De acuerdo a la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado) no se encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar la capacidad de comunicación según sexo, ($P > .05$) así lo muestra la tabla N°16.

TABLA N° 17

Percepción del clima familiar de convivencia en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Percepción del clima familiar de convivencia	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Considera a la flia como un lugar de seguridad	3	2,4	2	1,6	3	2,4	18	14,4	99	79,2	125	100
Conformid. con las manifest. de afecto que recibe	5	4	3	2,4	12	9,6	12	9,6	93	74,4	125	100
Conformidad con la confianza que recibe	7	5,6	2	1,6	9	7,2	15	12	92	73,6	125	100
Manifiesta apoyo familiar ante la toma de decisiones	3	2,4	4	3,2	17	13,6	20	16	81	64,8	125	100
Conformidad con la confianza que da	12	9,6	3	2,4	14	11,2	15	12	81	64,8	125	100
Conformidad con los límites fiares.	8	6,4	5	4	26	20,8	42	33,6	44	35,2	125	100
Conformidad con las manifestaciones de afecto que da	48	38,4	8	6,4	35	28	11	8,8	23	18,4	125	100

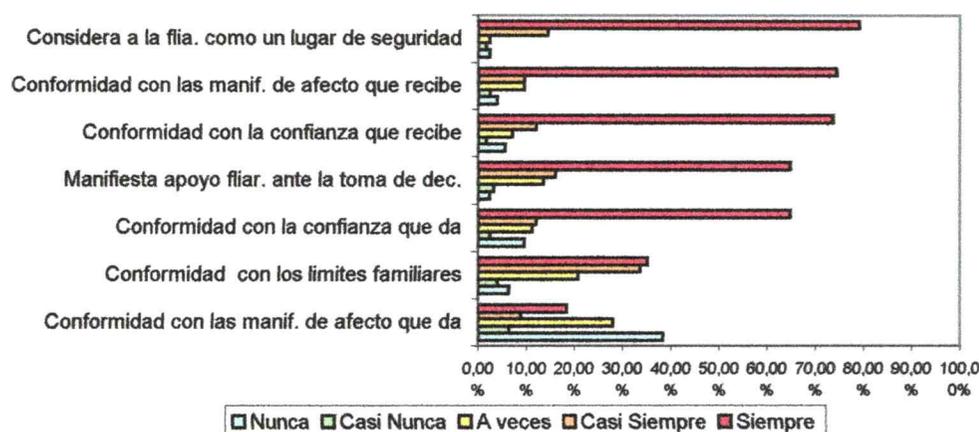


Gráfico N° 7: Percepción del clima familiar de convivencia en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de Maria; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M.d. P.

En cuanto a la percepción del clima familiar de convivencia, en la tabla N° 17 y en el gráfico N° 7 se observa que más del 70% de la población manifiesta siempre tener conformidad con el afecto y la confianza que reciben, considerando a la familia como un lugar de seguridad.

Más de la mitad de los adolescente refiere estar siempre conforme con la confianza que brindan a la familia y manifiestan el apoyo familiar ante la toma de decisiones.

Se distingue que un tercio de la población aproximadamente nunca está conforme con las manifestaciones de afecto que brinda a su familia, manifestando siempre conformidad con los límites familiares.

TABLA N° 18

Percepción del clima familiar en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Percepción del clima familiar	N°	%
Positivo	86	68,8
Medianamente positivo	37	29,6
Negativo	2	1,6
Total	125	100

TABLA N° 19

Percepción del clima familiar de convivencia según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto-septiembre, 2003, M.d.P.

Percepción del clima familiar	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Sexo									
Total	125	21,7	2,5	6	19	23	25	28	23
Femenino	70	22,2	4,7	6	21	23	25	28	25
Masculino	55	21	4,1	10	18	22	24	27	23

Casi el 70% de la población percibe un clima familiar de convivencia positivo, como se observa en la tabla N°18.

Se aplicó la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado) para relacionar la percepción del clima familiar de convivencia según sexo, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($P > .05$). Esto se evidencia en la tabla N° 19.

TABLA N° 20

Actitud frente a la droga en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Actitud frente a la droga	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		siempre		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Otras drogas	123	98,4	0	0	1	0,8	0	0	1	0,8	125	100
Cocaína	120	96	3	2,4	1	0,8	0	0	1	0,8	125	100
Marihuana	112	89,6	10	8	1	0,8	2	1,6	0	0	125	100
Aceptación ante la oferta	108	86,4	5	4	7	5,6	2	1,6	3	2,4	125	100
Alcohol	50	40	39	31,2	25	20	7	5,6	4	3,2	125	100

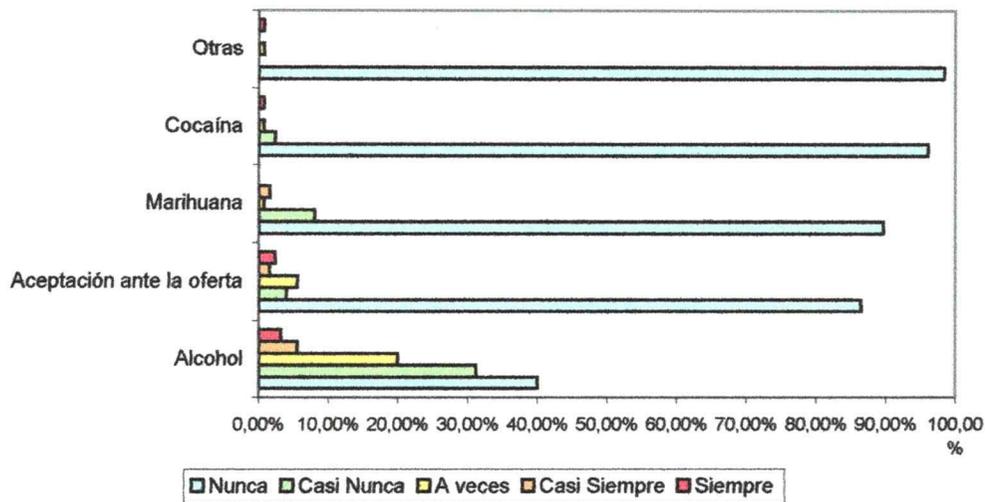


Gráfico N° 8: Actitud frente a la droga en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P

Al analizar la actitud de los adolescentes frente a la droga, se observa en la tabla N° 20 y gráfico N° 8, que casi la totalidad de la población expresa no aceptar nunca, ante la oferta de la droga. Tampoco haber consumido nunca marihuana, cocaína y otras drogas.

Sin embargo, el 40% de los adolescentes refiere no haber consumido nunca alcohol, mientras que más del 50% lo han hecho, casi nunca o a veces.

TABLA N° 21

Disposición al consumo de sustancias en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Disposición al consumo	N°	%
Baja	114	91,2
Mediana	11	8,8
Alta	0	0
Total	125	100

TABLA N° 22

Disposición al consumo de sustancias según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Sexo	Disposición al consumo	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Total		125	18,4	2,4	9	18	19	20	20	20
Femenino		70	18,4	2,5	10	18	19	20	20	20
Masculino		55	18,5	2,3	9	18	19	20	20	20

Aproximadamente el 90% de la población adolescente presenta una baja disposición al consumo, no encontrándose individuo alguno con alta disposición al consumo (tabla N° 21)

Para relacionar la disposición al consumo según sexo se implemento la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado), no encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($P > .05$) como puede apreciarse en la tabla N°22

TABLA N° 23

Capacidad para emplear su tiempo libre en actividades de participación activa en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Uso del tiempo libre	SI		NO	
	N°	%	N°	%
Capacidad para emplear la mayor parte del tiempo libre en actividades de participación activa	79	63,2	46	36,8

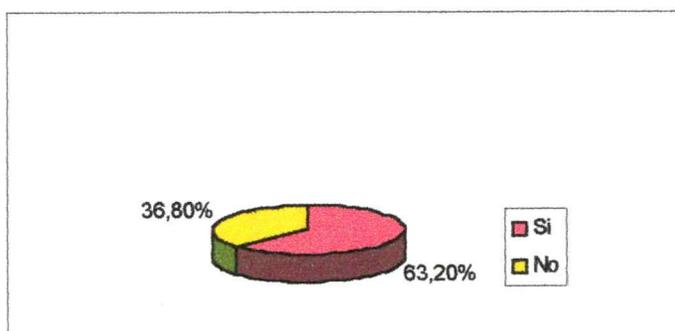


Gráfico N° 9 : Capacidad para emplear su tiempo libre en actividades de participación activa en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada Concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. M. d. P

En lo que se refiere al uso del tiempo libre, la tabla N° 23 y el gráfico N° 9 muestran muestra que dos tercios aproximadamente de la población emplea la mayor parte del mismo en actividades de participación activa.

TABLA N° 24

Capacidad para compartir el tiempo libre con otras personas en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Uso del tiempo libre	Ningún día		Pocos días		Algunos días		Casi todos los días		Todos los días		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Capacidad para compartir el tiempo libre con otros	1	0,8	5	4	16	12,8	59	47,2	44	35,2	125	100

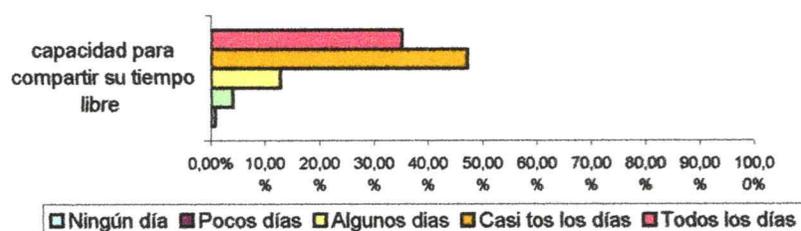


Gráfico N°10 : Capacidad para compartir el tiempo libre con otras personas en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y J. Gutemberg. Agosto-septiembre. 2003. Mar del Plata

Se puede apreciar en la tabla N° 24 y gráfico N° 10 que casi el 50% de la población adolescente comparte casi todos los días su tiempo libre con otras personas.

TABLA N° 25

Uso del tiempo libre en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Uso del tiempo libre	N°	%
Saludable	68	54,4
Medianamente saludable	9	7,2
No saludable	48	38,4
Total	125	100

TABLA N° 26

Uso del tiempo libre según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Sexo	Uso del tiempo libre	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Total		125	5,6	2,2	1	3	7	7	8	7
Femenino		70	6	2	1	4	7	8	8	7
Masculino		55	5,1	2,3	1	3	5	7	8	7

La tabla N° 25 muestra que más del 50% de la población hace uso de su tiempo libre de manera saludable. Sin embargo, casi un 40% de la misma, lo ocupa no saludablemente.

Al aplicarse la prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado) para relacionar el uso del tiempo libre según sexo, no se halló diferencia estadísticamente significativa ($P > .05$), como lo muestra la tabla N° 26.

TABLA N° 27

Presencia de factores protectores en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Presencia de factores protectores	N°	%
Alta	57	45,6
Mediana	68	54,4
Baja	0	0
Total	125	100

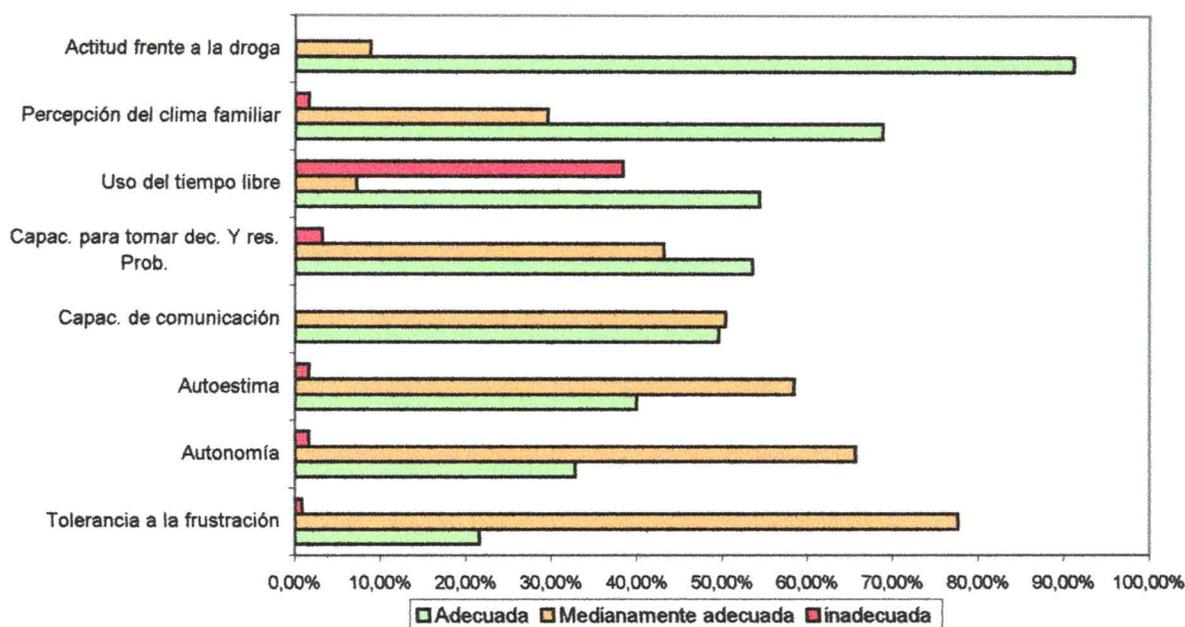


Gráfico N°11: Presencia de factores protectores en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto-septiembre, 2003, M.d.P.

TABLA N° 28

Presencia de factores protectores según sexo en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto-septiembre, 2003, M.d.P.

Presencia de factores protectores	N° obs.	promedio	Desv. estandar	mínima	P. 25	P.50	P.75	máxima	modo
Sexo									
Total	125	104,7	12,6	64	97	106	114	128	116
Femenino	70	106,4	12,5	72	98	108,5	116	128	106
Masculino	55	102,6	12,6	64	95	104	113	128	113

La prueba Kruskal- Wallis (equivalente a chi cuadrado), demuestra que no existe diferencia estadísticamente significativa al relacionar la presencia de factores protectores según sexo .(P > .05)

1.2. Análisis de correspondencias múltiples

En el anexo N° 4 se muestra el análisis de correspondencias múltiples efectuado. Se utilizaron como variables activas las ocho variables resultantes del dimensionamiento de la variable, cuyas etiquetas se describen en la tabla N° 29.

TABLA N° 29: Etiquetas de los factores protectores presentes en adolescentes de los colegios A. Illia; Inmaculada concepción de María; E.G.B. N° 75 y Juan Gutemberg, agosto- septiembre, 2003, M.d.P.

Etiqueta	Descripción	Categorías	
PP1	Autoestima	PP1/1 PP1/2 PP1/3	Adecuada Medianamente Adecuada Inadecuada
PP2	Tolerancia a la frustración	PP2/1 PP2/2 PP2/3	Adecuada Medianamente Adecuada Inadecuada
PP3	Capacidad para tomar decisiones y resolver problemas	PP3/1 PP3/2 PP3/3	Inadecuada Medianamente Adecuada Adecuada
PP4	Autonomía para la edad evolutiva	PP4/1 PP4/2 PP4/3	Adecuada Medianamente Adecuada Inadecuada
PP5	Capacidad de comunicación	PP5/1 PP5/2 PP5/3	Inadecuada Medianamente Adecuada Adecuada
PP6	Percepción del clima familiar	PP6/1 PP6/2 PP6/3	Negativo Medianamente positivo positivo
PP7	Disposición al consumo	PP7/1 PP7/2 PP7/3	Alta Mediana Baja
PP8	Uso del tiempo libre	PP8/1 PP8/2 PP8/3	No saludable Medianamente saludable Saludable
TT1	Presencia de factores protectores	TT1/1 TT1/2 TT1/3	Baja Mediana Alta

Las modalidades con poco efectivo, son ventiladas (es decir no son tomadas en cuenta al momento de realizar la correspondencia).

El programa calcula los valores propios de cada eje representado, obteniendo en los tres primeros el 45% de la información, por lo cual serán los ejes elegidos al momento de la clasificación.

A continuación el programa muestra las contribuciones de cada modalidad en los cinco primeros ejes, lo cual es observado en el gráfico N° 12.

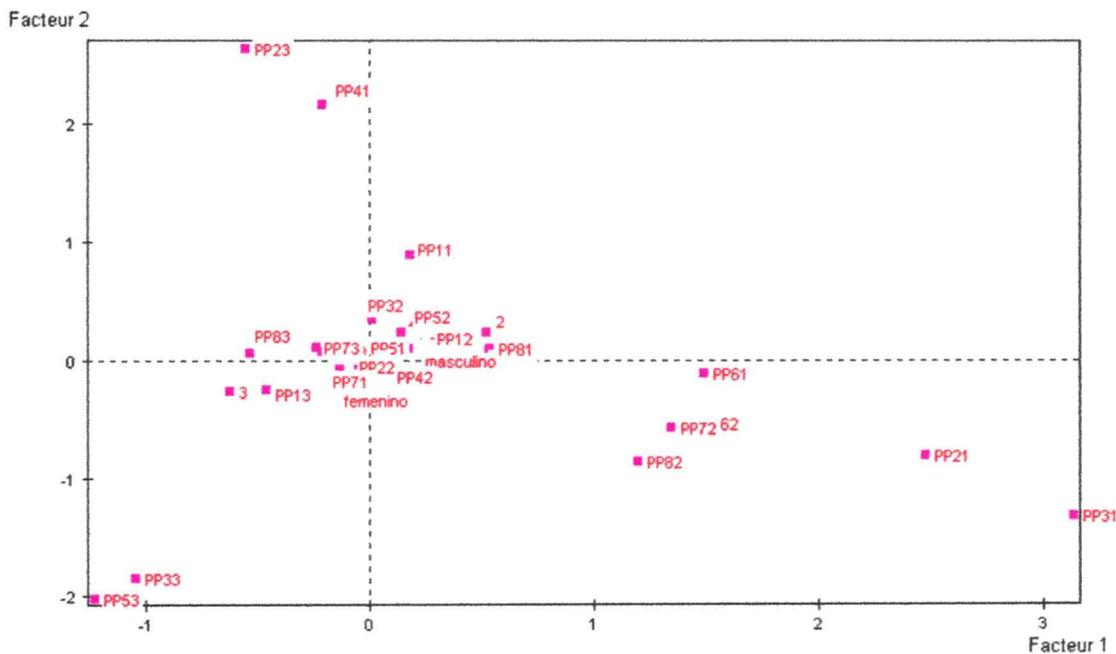


Gráfico N° 12: Representación espacial de la presencia de factores protectores y la variable ilustrativa en los ejes 1 y 2.

En el gráfico se observa agrupándose en centro de gravedad (cruce de los ejes uno y dos) aquellos adolescentes con Baja disposición al consumo (PP7/1), Adecuada o mediana autoestima (PP1/1; PP1/2) y mediana capacidad de comunicación (PP5/2), tolerancia a la frustración (PP2/2) y autonomía (PP4/2). Esto corresponde al individuo promedio.

Se observa en el cuadrante inferior derecho a la variable capacidad de toma de decisiones y resolver problemas (PP3) en su modalidad 1(inadecuada) y la variable tolerancia a la frustración (PP2), modalidad 1 (Adecuada) como alejadas del grupo.

En la zona intermedia en el cuadrante inferior derecho, se observa la variable percepción del clima familiar (PP6), modalidad 1 y 2 (Negativo y Medianamente positivo), junto con las variables disposición al consumo (PP7) en su modalidad 2 (Mediana) y Uso del tiempo libre (PP8) en su modalidad 2 (Medianamente saludable) .

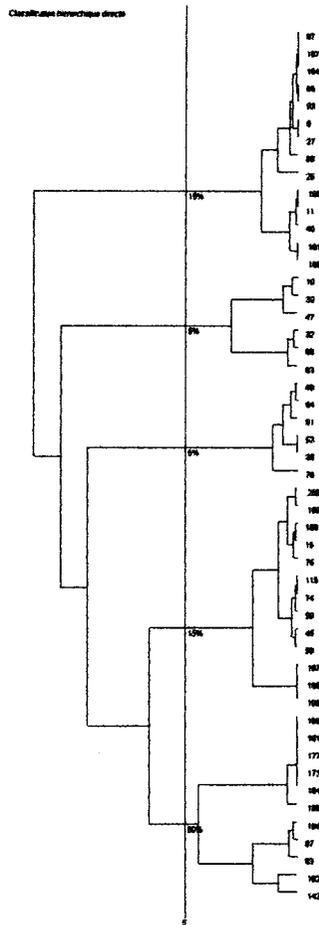
En el cuadrante inferior izquierdo se observa las variables capacidad de comunicación (PP5)y de toma de decisiones (PP3)en su modalidad 3 (adecuada) opuesta a la anterior por el eje dos negativo.

En el cuadrante superior izquierdo, se observa a la variable tolerancia a la frustración (PP2) modalidad 3 (inadecuada) y a la variable autonomía(PP4) en su modalidad adecuada (1).

Dadas estas agrupaciones, se realiza un cluster análisis, para ver las tipologías formadas. Se hace una clasificación jerárquica con los cinco primeros ejes.(Anexo N° 5).

El dendograma resultante , nos sugiere hacer una topología de 5 grupos.

Gráfico dendograma:



Realizada la tipología (Anexo N° 6), las cinco clases identificadas por el análisis, corresponden a lo observado en el gráfico de la correspondencia múltiple (Gráfico N° 12) tal como se observa en el gráfico siguiente:

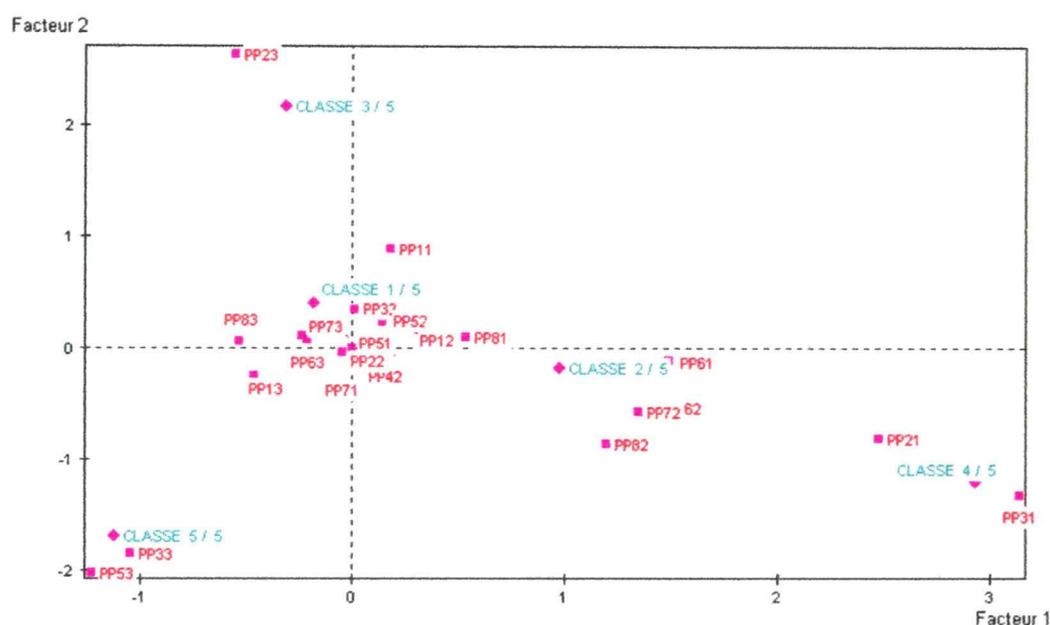


Gráfico N° 13: Disposición espacial de la partición en cinco clases.

Descripción de las tipologías resultantes:

La clase 1/5, compuesta por 74 (59 %) individuos, que presentan las características promedio del grupo, marcaría al adolescente promedio:

El 100% de los individuos de esta clase presentan capacidad de toma de decisiones y resolver problemas (PP 3); capacidad de comunicación (PP5) y tolerancia a la frustración (PP2) medianamente adecuadas (modalidad 2) con una Percepción del clima familiar positivo (PP6/ 3) y baja disposición al consumo (PP7/3).

La clase 2/5 está formada por 20 individuos (16%), de los cuales la mayoría (90%) posee una mediana presencia de factores protectores (TT1/2) y una mayoría de los adolescentes presenta percepción del clima familiar medianamente positivo (PP6/2) junto con una mediana disposición al consumo (PP7/2) y un uso del tiempo libre de manera medianamente saludable (PP8/2).

La **clase 3/5**: formada por 6 individuos (5%), son los individuos proyectados en el cuadrante superior izquierdo los cuales presentan inadecuada tolerancia a la frustración (PP2/3) sumado a una adecuada autonomía (PP4/1).

La **clase 4/5** está constituida por 6 individuos (5%) que se caracterizan por una adecuada tolerancia a la frustración (PP2/1) e inadecuada capacidad de toma de decisiones (PP3/1); así como un uso del tiempo libre de manera medianamente saludable (PP8/2) y una mediana disposición al consumo (PP7/2).

A la **clase 5/5** la constituyen 19 individuos (15%). Observándose que el 100% de este grupo, tiene adecuada capacidad de comunicación (PP5/3) y para tomar decisiones y resolver problemas (PP3/3). Casi la mitad, obtuvo el puntaje total máximo. Poco mas de la mitad son mujeres.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Habiendo expuesto los resultados y enmarcándonos dentro del objetivo de investigación que se persigue en este trabajo, se puede referir que más de la mitad de la población estudiada, posee una mediana presencia de factores protectores (54,4%), mientras que casi el 50 % restante registró una alta presencia de factores protectores (45,6%). Es relevante mencionar que no se halló adolescente alguno con baja presencia de factores protectores. Lo cual justifica la necesidad de centrar las intervenciones preventivas en la salud más que en la enfermedad, identificando y utilizando los recursos existentes a favor de la promoción de la salud.

La promoción de los factores protectores apunta a mejorar la calidad de vida de las personas a partir de sus propios significados, según ellos perciban y se enfrenten al mundo.

Entre los recursos con los que cuentan los adolescentes, se resalta la presencia de una baja disposición al consumo (91,2%), sumado a la percepción de un clima familiar positivo de convivencia (68,8%). Así mismo, en casi la totalidad de la población se observó una adecuada o mediana autoestima. Situación similar se registró en lo que se refiere a la capacidad de toma de decisiones y a la capacidad de comunicación.

Se puede inferir que los factores, tolerancia a la frustración y autonomía para la edad evolutiva se hallan medianamente presentes en la población estudiada.

Con respecto al uso del tiempo libre, los resultados revelan que si bien más del 50% de los adolescentes lo emplean de manera saludable, no se puede omitir la relevancia que casi el 40% de los mismos lo ocupan de manera no saludable.

A través del análisis bi-variado se puede apreciar que no existe correlación significativa ente el sexo y la presencia de factores protectores.

Por lo expuesto anteriormente, se ha logrado identificar los factores protectores referidos al adolescente, cumpliendo con el primer objetivo específico pautado para esta investigación.

El análisis de correspondencias múltiples permitió identificar las cinco tipologías mencionadas anteriormente, posibilitándonos cumplir con el segundo objetivo de investigación destinado a caracterizar la población adolescente según la presencia de los factores protectores.

Se infiere que más de la mitad de la población adolescente presenta las características promedio del grupo de estudio, destacándose una baja disposición al consumo junto a la percepción del clima familiar positivo (clase 1/5).

Así mismo, la clase 2/5 muestra una mediana disposición al consumo asociada a una percepción del clima familiar medianamente saludable. La misma relación puede observarse en la clase 4/5 que muestra mediana disposición al consumo, uso medianamente saludable del tiempo libre, junto a la inadecuada capacidad de tomar decisiones y resolver problemas. Este grupo también presenta una adecuada tolerancia a la frustración. Esto da cuenta de la importancia de la interrelación entre los factores protectores, ya que la presencia de un sólo factor no constituye un recurso en sí mismo que disminuya la disposición hacia el consumo.

Es interesante destacar la clase 5/5 que cuenta con una alta presencia de factores protectores, entre ellos los más importantes son: la adecuada capacidad de comunicación y de toma de decisiones.

A partir de haber identificado y caracterizado a la población adolescente según la presencia de dichos factores se pretende enriquecer las intervenciones específicas desde Terapia Ocupacional que permitan generar o fortalecer dichas condiciones. Se intentará entonces, aportar una propuesta de prevención sin dejar de advertir que el contenido de la misma es un mero recorte basado en los resultados obtenidos en este trabajo. Es preciso aclarar este punto ya que consideramos que la prevención de drogadependencia debe basarse en acciones que tengan origen en la investigación, pensadas en función de las necesidades, intereses y expectativas sentidos y reconocidos por los propios beneficiarios y no en la transferencia mecánica de conceptos e información. Lo cual requiere de un trabajo circular cuya estrategia establezca una línea de feed-back constante en la cual la investigación determine la acción y esta a su vez, genere nueva investigación.

Por lo tanto queda abierta la posibilidad que se realicen nuevos aportes a la temática en futuras tesis de grado.

Propuesta de Terapia Ocupacional en Prevención primaria de Drogadependencia.

A modo de introducción a la propuesta de trabajo y tomando como pilares los fundamentos teóricos desarrollados, sostenemos que la Terapia Ocupacional en el área de prevención primaria de drogadependencia tiene como objetivo, favorecer el desarrollo de las capacidades y aptitudes de los adolescentes de manera que puedan llevar a cabo una vida saludable sin apelar al uso de drogas como solución mágica.

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran de forma clara y precisa que los adolescentes cuentan con una riqueza de recursos que no podemos subestimar, sino que por el contrario se debe brindar el espacio a través de diferentes estrategias tendientes a que el adolescente reconozca sus potencialidades favoreciendo su desarrollo integral.

Se insiste nuevamente en la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario para abordar esta compleja problemática, en el cual las diferentes disciplinas compartan un código común a la hora de instrumentar acciones preventivas.

La riqueza del abordaje específico de Terapia Ocupacional radica en la implementación de diferentes actividades grupales que no implican únicamente la realización de una actividad concreta sino que conlleva un *hacer significado por subjetividades*, generando la oportunidad de encuentro en un espacio particular y en un tiempo convenido. Accediendo a un ambiente especial de aprendizaje de nuevas experiencias que facilita la aceptación y el compromiso con la propuesta; la aptitud para modificar conceptos, el deseo de comunicación y participación.

La *actividad como recurso preventivo* en Terapia Ocupacional, persigue desarrollar y estimular los factores protectores presentes en los adolescentes, a partir de sus propios significados.

Propuesta de abordaje preventivo

Debido a la importancia de la intervención del T.O. en la promoción y protección de la salud, consideramos relevante su inclusión al equipo pedagógico de las instituciones escolares en las cuales se llevó a cabo el trabajo de investigación, ya que las mismas, no cuentan con Terapeutas Ocupacionales y la prevención primaria de esta problemática es inexistente.

Consideramos importante que se haga extensivo a las demás instituciones escolares e instituciones de salud que brindan atención a la población adolescentes; así como también instituciones no gubernamentales como salas de fomento, clubes, etc., realizando previamente un estudio de campo para conocer dichas poblaciones.

✓ *Destinatarios:* Adolescentes de 14 y 15 años que concurren a los colegios estudiados.

✓ *Modalidad de abordaje:* Se implementaran **Talleres de Salud** con modalidad de abordaje grupal debido a que el grupo funciona para el adolescente como sostén en la compleja transición hacia la identidad adulta.

El proceso grupal opera en el adolescente como una nueva experiencia familiar que le permite una reelaboración de lo ya aprendido y un aprendizaje de lo desconocido en un contexto vivencial.

La intervención a partir del taller estará dirigida a favorecer **la construcción del espacio subjetivo, fomentando paralelamente la apropiación del cuerpo, lo social y la emancipación**, promoviendo su desarrollo.

La posibilidad de actuar fomentando los factores o condiciones positivas que le permitan afrontar y recrear situaciones críticas vitales con mayor capacidad, constituye un paso importante para la promoción de la salud y el desarrollo integral del adolescente.

Las principales acciones desde T.O. a desarrollar serán las siguientes:

❖ Realizar entrevistas y evaluación que permitan explorar para conocer las características grupales y/o individuales : necesidades, recursos, iniciativas, etc.

❖ En función de la evaluación inicial, seleccionar e implementar actividades que posibiliten:

1- El desarrollo físico, psíquico y social y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo.

2- La capacidad de actuar con autonomía en las actividades habituales y en las relaciones de grupo, fomentando la posibilidad de toma de iniciativa así como también la capacidad de espera cuando no existe la satisfacción inmediata de sus necesidades.

3- La capacidad de comunicación y el intercambio de experiencias que le permitan establecer relaciones o vínculos constructivos con el grupo de pares y con los adultos.

4- Una utilización activa y placentera del tiempo libre en el que pueda satisfacer sus necesidades utilizando como recurso sus posibilidades creadoras, convirtiéndolo en un tiempo de creación y re-creación.

5- Desfocalizar el interés sobre las drogas, como centro de la cuestión, incentivando al adolescente para que pueda utilizar sus propios recursos en las diferentes situaciones que se le presentan sin recurrir al consumo de sustancias.

6- Desarrollar actividades de extensión (extraescolares) facilitando la participación y encuentro de los trabajadores de la salud, padres, adolescentes y trabajadores de la educación y otras instituciones en un trabajo conjunto.

✓ Metas:

❖ Que el 90% de los adolescentes logren la adquisición de una imagen positiva de sí mismo.

❖ Que el 90% de los adolescentes logren la capacidad de actuar con autonomía, la toma de iniciativa y la capacidad de tolerancia a la frustración.

❖ Que el 90% de los adolescentes logre la utilización activa y placentera del tiempo libre

❖ Que el 90% de los adolescentes logren apelar a sus propios recursos en las diferentes situaciones que se le presentan sin recurrir al consumo de sustancias.

❖ Lograr la articulación de los diferentes actores sociales implicados en esta propuesta de trabajo (trabajadores de la salud, docentes, padres, adolescentes etc.)

✓ Actividades:

Teniendo en cuenta las metas que se pretenden alcanzar, cobrará importancia la relación que el adolescente establezca con los objetos y con los otros a través de la implementación de actividades grupales expresivas corporales, las cuales se ofrecen como recurso de comunicación grupal que permiten el desbloqueo de la expresión y el cuerpo con su propio lenguaje, funcionando al mismo tiempo como apertura para las actividades dramáticas como psicodrama , teatro y títeres. A través de los cuales se apela a la espontaneidad y productividad del grupo mismo que permita el encuentro individual y con los otros reflexionando sobre las temáticas abordadas.

Las actividades lúdicas facilitan la interacción entre los principios de placer y realidad, favoreciendo los procesos de aprendizaje y comunicación.

Entre otros recursos, los medios expresivos plásticos (dibujo, collage, pintura, etc.) propician y crean condiciones de “juego” con las cosas, los materiales diversos al alcance, favoreciendo la capacidad expresiva. Mientras que los medios expresivos literarios (poemas, relatos) buscan la apertura del pensamiento formal hacia el canal expresivo.

Consideramos que desde T.O. las actividades que se propician no funcionan como recurso determinante, sino como pantalla de proyecciones e introyecciones, como zona intermedia en la que confluyen elementos de la realidad y la subjetividad de quien se implique en este hacer, de ahí su valor potencial como rectificadora de experiencias.

✓ Recursos:

-Humanos: se incluirán psicopedagogos, psicólogos, asistentes sociales profesores de educación física, docentes.

Los cuales actualmente se encuentran desarrollando sus funciones dentro de las instituciones escolares. Nuestra propuesta incluye al Licenciado en Terapia Ocupacional como miembro integrante, con su propuesta de abordaje.

Como recursos financieros se utilizarán los recursos edilicios y humanos existentes.

✓ Tiempo de duración de la propuesta:

El tiempo estipulado para la implementación de la propuesta es de un ciclo lectivo. Sin embargo consideramos que para conseguir efectos positivos y resultados de largo alcance, se precisa la continuidad en el tiempo, ya que las intervenciones esporádicas son menos eficaces.

✓ Evaluación de la propuesta:

La propuesta será evaluable total y parcialmente a través de:

-Evaluación inicial: con objeto de conocer la realidad tal cual se presenta.

-Evaluación del proceso o seguimiento: con la finalidad de verificar el progreso y la efectividad de la iniciativa y poder realizar los ajustes que sean convenientes

-Evaluación final: una vez concluida la propuesta para verificar si la acción fue eficaz o no.

-Evaluación de impacto: luego de un tiempo de concluida la propuesta, para verificar la permanencia de los resultados obtenidos.

A fin de aclarar

- No debe interpretarse que el enfoque que hemos abordado en nuestro trabajo, está en oposición al modelo de riesgo. Más bien lo complementa y lo enriquece. Considerarlos en forma conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano, acrecentando así, una aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces.
- El abordaje en prevención primaria en drogadependencia no debe limitarse al trabajo con el adolescente, sino que se debe lograr el compromiso del grupo familiar, entidad fundamental en el desarrollo integral de los jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

Bibliografía general.

- ❖ ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. La Adolescencia Normal. Cáp. Pág.39, 42, 49. Cáp. 5. “El Pensamiento adolescente y en el adolescente psicopático”. 1990.
- ❖ ALBERA, M. A. Modificación del comportamiento de drogadependientes en proceso de rehabilitación. Universidad Abierta Interamericana. Licenciatura en T.O. Año 2000.
- ❖ ANGELL, E.; ORTIZ DE ROSAS, R.; QUIROGA, Y. Tesis de grado: Aportes desde la T.O. respecto de la expresión de la autonomía de las personas vulnerables, desde una perspectiva bioética. U.N.M.P. 2002.
- ❖ BIRD, V; ficha: Adolescencia; material interno de la cátedra Psicología Evolutiva II Lic. en T.O. Año 1997.
- ❖ CAMPAÑE, Ma. C.; PEREZ, Ma. T.; IVENERA, C. A. Trabajo Final: El Taller Participativo de Radio Dirigido a la Acción. U.N.d.M.P. Lic. en T.O. 2000.
- ❖ CANOSA, S.; GARCIA CEIN; E.; AULITA, M.; BERNECHI, K.; CARDENAS, F. Trabajo en red ¿un imposible?. Jornadas droga y ciudad, conformando redes.
- ❖ D’ AGNONE, O. Prevención y terapéutica de las adicciones. Cáp. 5. RUT, MAGGI. Programas y experiencias. Criterios básicos de la prevención. 1999.
- ❖ Declaración de ALMA- ATA. Revista de salud mundial. Art. 1. Agosto-septiembre. 1998.
- ❖ DEL CUETO, A. M.; FERNÁNDEZ, A. M.; BAULEO, A.; PAVLOSKY, E. y otros. Lo grupal 2. Ediciones Búsqueda. Bs. As. 1985.
- ❖ DOLTO. F.; DOLTO C. Palabras para Adolescentes o el Complejo de la Langosta. Edit. Atlántida. 1992.
- ❖ EFRON, R. y otros. Adolescencia, Pobreza, Educación y Trabajo: El Desafío de Hoy. Cáp.: “Subjetividad Y Adolescencia”. Edit. Losada. 1997.
- ❖ EGGENSCHWITER, E. Prevención y tratamiento de la drogadependencia en la ciudad de M.d.P. Tesis de pre-grado. Facultad de Psicología. U.N.M.d.P. Año2002.
- ❖ FRANCISCO; R. B. Terapia Ocupacional: una cuestión de conocimiento. Edit. Papyrus. 1era edición. 1998.
- ❖ GARCIA CEIN y otros autores. Tesis de Grado: Prevención primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional. U.N.M.d.P. 1991.

- ❖ GOMEZ de GIRAUDO, M. T. Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. Segundas jornadas de formación: niñez y adolescencia en situación de riesgo. Publicación virtual de la Facultad de psicología y psicopedagogía de USAL. Año I. N° 4. 2000.
- ❖ HERNANDEZ SAMPIERI, R. Y otros. Metodología de la investigación. 2da. Edición. McGraw-Hill interamericana editores, S.A.de C.V. México. 1998.
- ❖ JULIO, L. S. Estrategia de Terapia Ocupacional para el abordaje del adolescente drogadicto. U.N.M.d.P. Año 1997.
- ❖ KORMAN, V. Yantes de las drogas ¿qué?. Grupo Igia. Barcelona. Cap. 1.2 Pág 30 Y cáp. 1.8.
- ❖ MANGHI, M.; NARVALS, S.; REYNO, P. Terapia Ocupacional y comunidad. Series compilaciones 3. COLTOA Grupo Editor. 1999. Cáp. Niñez, familia y comunidad: un abordaje desde T.O.
- ❖ Manual SPAD.N . Centre International de Statistique et d Informatique Appliquees pag 128
- ❖ Material interno de la cátedra Psicología General. Carrera Lic. en T.O. U.N.M.d.P. Año 1995.
- ❖ MIROLI, A. B. Droga y drogadictos. Ediciones Lidium. Bs. As. 1992.
- ❖ MUNIST, M.; SANTOS, H.; KOTLIARENCO, M.; SUÁREZ OJEDA, E. y MADALENO, M. CEANIM. Manual de identificación y desarrollo de la resiliencia en niños y jóvenes. Serie documentos de trabajo. N° 13. 1998.
- ❖ O.M.S. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Material interno de la cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. U.N.M.d.P. Año 1996.
- ❖ O.M.S. La salud de la juventud. Documento de referencia. Series de discusiones técnicas. Ginebra. 1989.
- ❖ O.P.S. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex N° 7. 1986.
- ❖ O.P.S. Promoción de la Salud: una antología. Publicación científica N° 557.1996.
- ❖ O.P.S. Salud Equidad y transformación Productiva en América Latina y el Caribe.1997.

- ❖ OLAVARRA, V.; PIZARRO, E. Adolescencia y drogadicción. Un enfoque de la prevención escolar en la Argentina. Trabajo de campo. Universidad Nacional de Quilmes.
- ❖ PAGANIZZI, L. Los medios en T.O. Terapia Ocupacional en salud mental. COLTOP. Edit. Tongo. 1998.
- ❖ PAGANIZZI, L. Y otros. Del hecho al dicho. Psicoterapias integradas editores. 1991.
- ❖ PAGANIZZI; L. Actividad. Lenguaje particular. [s.n.] Bs.As. 1997.
- ❖ PEREZ CANO ZUNA. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas. Edit. Doyma. España. 1986.
- ❖ PIAGET, J.; INHELDER, B; Psicología del niño. Edit. Morata, S.A. Año 1984.
- ❖ POLIT, D. Y HUNGER, B. Investigación científica en Ciencias de la salud. Editorial Panamericana. 3ra. Edición. México. 1991.
- ❖ RAPPORT, L. La Personalidad y sus etapas. Cáp. IV. Teoría de Erikson. Edit. Paidós.
- ❖ RIVIERE, P. R. Teoría del vínculo. Edit. Nueva visión. Bs. As.
- ❖ SBRILER; L. Introducción a Terapia ocupacional. Marcos conceptuales. Ed. Catálogos. Bs.As. 1997.
- ❖ SBRILLER, L.; WARSCHAVSKI, G. Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica. Ediciones Ricardo Vergara. Buenos Aires. 1991. 2º edición.
- ❖ SELENER, G. Los Aportes de los Grupos al Proceso de Desarrollo del Adolescente. Revista A.A.P.P.G. 1991.
- ❖ STEPKE, F. L. Ciencias Sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas. Edit. universitaria 1992.
- ❖ SUAREZ OJEDA, E. N. El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud. Revista Medicina y sociedad. Vol. 19. Nº 1. Enero- marzo. 1996.
- ❖ VALLEJOS, N. Aspectos toxicológicos de las drogadependencias. Secretaria de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico. Presidencia de la Nación. Bs.As. 1998.
- ❖ VEYRA, Ma. E.; PATRIZI, A. La actividad, otra manera de comunicar. Material de circulación interna de la cátedra de medios terapéuticos III. 1998.

❖ VIDELA, MIRTA. Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria. Ediciones cinco. Buenos Aires. 1991.

❖ ZURRO-PEREY, A. Atención Primaria de la Salud Principios y métodos. O.P.S. Edit. Pax México. 1992. 2º Edición.

Páginas consultadas en Internet.

- ✓ www.drugabuse.gob/NIDAHome.html
- ✓ www.hugomiguez.com.ar.
- ✓ www.pagina12.com.ar
- ✓ www.psi.uba.ar/psicologia/adolesc.Html
- ✓ www.risolidaria.org/canale/canal_drogadicción
- ✓ www.risolidaria.org/canale/canal_drogadicción
- ✓ www.sedronar.gob.ar.
- ✓ www.sedronar.gob.ar.
- ✓ www.sedronar.gov.ar
- ✓ www.wfot.org.au

GLOSARIO.

- **Calidad de vida:**

Es la percepción por parte de los individuos o grupos de que sus necesidades están satisfechas, y que cuentan con oportunidades de realización personal. Se trata de una calidad de existencia por encima de la mera supervivencia.

- **Comunicación horizontal:**

La comunicación es la forma más importante de interacción social, es el proceso de transmisión informativa con los siguientes componentes: el comunicador y el comunicante, los medios (signos lingüísticos y no lingüísticos), los caracteres acústicos, ópticos, etc. de persona a persona.

En este trabajo, hacemos referencia a la “comunicación horizontal”, como un proceso dinámico en el que las personas partícipes, interactúan recíprocamente desde la paridad de roles, lo cual promueve el intercambio de experiencias, información, creencias, etc estimulando el mutuo enriquecimiento.

- **Disforia:**

Es una alteración de la afectividad que se caracteriza por síntomas de ansiedad, estrés, apatía irritabilidad, con pérdida de la experiencia del placer, retraimiento social y baja autoestima.

- **Encuentro actividad-paciente:**

Es la relación que se establece entre el sujeto, el cual aporta la intencionalidad y la actividad que aporta su propio código, no direccional, no dirigido.

- **Equipo interdisciplinario:**

Consiste en la conjunción de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, que trabajan con un objetivo en común: el abordaje terapéutico; articulando sus

perspectivas, posiciones y contextos teóricos, reconociendo similitudes y reafirmando sus diferencias con una metodología de trabajo constructiva, circular y transaccional.

- **Estilo de vida saludable:**

Es el proceso por el cual las personas identifican, manifiestan sus problemas e intentan resolverlos. Es un concepto específico de cada situación que se configura en función de las experiencias que se le plantean a una persona, las limitaciones y los recursos disponibles para resolverlos.

- **Potencialidades del individuo:**

Son las capacidades físicas, psicológicas, de interacción social y cultural, sujetas a variación, de acuerdo al grado de madurez de la persona, a su historia personal y familiar y al contexto social en que se desenvuelve. Las mismas le posibilitan interactuar con la realidad transformándola y transformándose en su desarrollo personal.

- **Vínculo terapéutico:**

Riviere, P. , plantea el vínculo como una estructura compleja que incluye al sujeto, al objeto (el cual, no se refiere necesariamente a una cosa, sino que es una forma de discriminar los componentes de esta relación), y los momentos de comunicación y aprendizaje.

En el vínculo, no hay un "sujeto" activo y un "objeto" pasivo, sino que es de carácter dialéctico, mutuo, donde ambos interactúan realimentándose mutuamente.

Comprendemos al vínculo terapéutico como el que sucede en un espacio de encuentro particular entre las personas: terapeuta y paciente y conforma la base esencial sobre la cual se irá desarrollando el proceso terapéutico.

ANEXO.

Anexo N°1: Cartas enviadas a las escuelas

Mar del Plata, agosto del 2.003.

Sr. Director de la escuela...

De nuestra consideración:

Somos estudiantes avanzados de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para encuestar a los alumnos que concurren a noveno año de su colegio, quienes formaran parte de la muestra de un trabajo de investigación que nos permitirá adquirir el grado académico.

El estudio a realizar tiene por objetivo conocer los factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia en adolescentes escolarizados. Se utilizará como técnica de recolección de datos un cuestionario autoadministrable y anónimo que cuenta con 35 preguntas. La información obtenida proporcionará la base a partir de la cual se propondrán acciones preventivas desde nuestra disciplina. La misma estará a disponibilidad del establecimiento educativo.

En el mes de agosto se presentará el plan de tesis, en el cual debemos informar los colegios que serán encuestados. En esta carta solicitamos la autorización de su colegio para la aplicación de los cuestionarios.

La recolección de los datos se realizaría el mes de septiembre, previamente nos acercáramos a su colegio para acordar día y horario para llevar a cabo dicha actividad. Desde ya garantizamos, de otorgarnos la autorización, la confidencialidad de los datos

como así también no interferir en el normal desarrollo de las actividades de la institución.

De aceptar nuestro ingreso al establecimiento que Ud. dirige, adjuntaríamos una copia del protocolo de investigación a presentar en la Universidad, para que pueda conocer mas aspectos específicos del trabajo.

Sin otro particular, agradecemos de antemano su disponibilidad y la atención que preste a nuestro pedido.

Saludamos a Ud. Muy atentamente.

Bustos, Guadalupe.

Forte, Natalia.

Anexo N°2: Cuestionario

Terapia Ocupacional: Factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia

Somos estudiantes avanzados de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional de la U.N.M.d.P. y estamos realizando un trabajo de investigación para nuestra Tesis de grado sobre "Factores protectores ante el riesgo de desarrollar drogadependencia en adolescentes". Tus opiniones serán de valiosísima importancia, ya que a partir de las mismas, nos permitirá tener una visión realista sobre el tema planteado; y en base a tus respuestas proponer acciones de prevención desde nuestra disciplina, Terapia Ocupacional.

Agradeceríamos enormemente tu ayuda para que contestes algunas preguntas que no te lleven mucho tiempo. Quienes participarán en este trabajo fueron seleccionados por sorteo y no por su nombre ya que este cuestionario es *anónimo*. Desde ya te garantizamos la confidencialidad de los datos. Te pedimos que contestes con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Sólo vale tu opinión.

Muchas gracias por tu colaboración

EDAD:

FECHA: / /

SEXO:

COLEGIO:

Las siguientes afirmaciones son opiniones con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Te pedimos que marques, por favor, con una cruz (solo una) que tan de acuerdo estas con cada una de estas opiniones.

Referencia:

Totalmente de acuerdo (T.A.): coincide totalmente con lo que pensás siempre. (100% de las veces)

Acuerdo (A): coincide con lo que pensás casi siempre. (75% de las veces)

Medianamente de acuerdo(M.A.): coincide con lo que pensás pocas veces. (50% de las veces)

Desacuerdo (D.): no coincide con lo que pensás. (25% de las veces)

Totalmente desacuerdo (T.D.): pensás lo contrario (0% de las veces)

1- Me gustaría cambiar mi apariencia física.

Totalmente de acuerdo
 Acuerdo
 Medianamente de acuerdo
 Desacuerdo
 Totalmente desacuerdo

2- Estoy conforme con mi forma de ser.

Totalmente de acuerdo Acuerdo Medianament de acuerdo Desacuerdo Totalmente desacuerdo

3- Estoy orgulloso/a de mis logros.

Totalmente de acuerdo Acuerdo Medianament de acuerdo Desacuerdo Totalmente desacuerdo

De las siguientes afirmaciones indicá con una cruz la opción que más tenga que ver con vos.

Referencia:

Siempre (S.) en todas las ocasiones. (100%)

Casi siempre(C.S.): en la mayoría de las ocasiones. (75%)

A veces (A.V.): en algunas ocasiones. (50%)

Casi nunca (C.N): en pocas ocasiones.(25%)

Nunca (N): en ninguna ocasión. (0%)

	S.	C.S.	A.V.	C.N.	N.
1- Me veo a mi mismo/a como alguien especial y único/a.					
2- Me siento seguro/a de mi mismo/a					
3-Siento que merezco el cariño de los demás.					
4- Pienso que no puedo obtener inmediatamente todo lo que quiero. (ropa, música, viajes, etc.)					
5-Yo hago lo que quiero.					
6- Solo acepto los elogios que me hagan.					
7- Considero que en los juegos con amigos lo importante es divertirse aunque a veces se pierda.					
8- Sé que puedo estudiar y rendir bien un examen.					
9 - Pienso que el único modo de salir ganando en una discusión es evitarla.					
10-Considero que Yo no necesito de la ayuda de los demás.					
11 -Estoy dispuesto/a a responsabilizarme por lo que hago.					
12 -Hacer lo que los demás quieran es necesario para sentirme aceptado/a.					

	S.	C.S.	A.V.	C.N.	N.
13 -Necesito que otros me empujen para hacer mis cosas					
14 -Me animo a decir lo que pienso cuando estoy con otros					
15- Si alguien me pide un favor que no tengo tiempo o ganas de hacer, digo que no.					
16-Mis sentimientos me los reservo exclusivamente para mí.					
17-Me es difícil pedir que me escuchen cuando estoy con otros.					
18-Lo que sientan los demás me resbala.					
19-Me alegro cuando alguien necesita ayuda y recurre a mí.					
20-Siento que mi familia no me da el afecto que necesito.					
21-Me gustaría ser más cariñoso/a con mi familia.					
22-Tengo personas dentro de mi familia en quienes confío.					
23-Mi familia no me tiene confianza.					
24-Considero que las normas y límites de mi familia son adecuados.					
25-Mi familia me da seguridad.					
26-Cuando lo necesito, mi familia me acompaña para decidir lo que más me conviene.					
27-Si alguien me ofrece alguna droga, acepto.					

A continuación, te presentamos algunas preguntas, te pedimos que prestes atención, ya que las opciones de respuestas que te damos, son diferentes para cada una.

Solo en la primera, las opciones que te presentamos son las mismas del item anterior, te las recordamos:

Siempre: en todas las ocasiones. (100%)

Casi siempre: en la mayoría de las ocasiones. (75%)

A veces: en algunas ocasiones. (50%)

Casi nunca: en pocas ocasiones.(25%)

Nunca: en ninguna ocasión. (0%)

1- Con qué frecuencia has consumido:

-alcohol

Siempre Casi Siempre A veces Casi nunca Nunca

-marihuana

Siempre Casi Siempre A veces Casi nunca Nunca

-cocaína

Siempre Casi Siempre A veces Casi nunca Nunca

-otras drogas. ¿cuáles?...

Siempre Casi Siempre A veces Casi nunca Nunca

2- ¿Qué pensás de las drogas?.....

3- ¿ En qué actividades ocupás la mayor parte de tu tiempo libre? (Marcá sólo una opción)

Actividades artísticas. Mirar T.V
 Actividades recreativas Juegos en la computadora
 Actividades sociales. Otras ¿cuál?

4- ¿Cuántos días de la semana, pasás tu tiempo libre solo/a? (Marcá sólo una opción.)

Todos los días de la semana Casi todos los días de la semana (5 ó 6 días)
 Algunos días de la semana (3 ó 4) Pocos día de la semana (1 ó 2 días)
 Ningún día de la semana

5- ¿ Quisieras agregar o comentar algo más?

Agradecemos tu valiosa colaboración.

Anexo N°3: Carta enviada al INE

Mar del Plata, noviembre del 2003

Laboratorio IDEAS

Instituto Nacional de Epidemiología

Dr. J. H. Jara

Nos dirigimos a Ud. a fin de solicitarle de ser posible, el asesoramiento estadístico por parte del gabinete de informática a fin de completar la tesis: “ Aporte de Terapia Ocupacional para la prevención en drogadependencia ” a ser presentada en la Facultad de Ciencias de la Salud y el Servicio Social, U.N.M.d.P. Bajo la dirección de la Lic. en T.O. Emma García Cein y el asesoramiento metodológico de la Lic. Norma Gordillo.

Esperando una respuesta favorable, saludamos a Ud. atentamente

Bustos, Guadalupe

Forte, Natalia

Anexo N° 4: Análisis de correspondencias múltiples

ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES

APUREMENT DES MODALITES ACTIVES

SEUIL (PCMIN) : 2.00 % POIDS: 2.50

AVANT APUREMENT : 8 QUESTIONS ACTIVES 23 MODALITES

ASSOCIEES

APRES : 8 QUESTIONS ACTIVES 19 MODALITES ASSOCIEES

POIDS TOTAL DES INDIVIDUS ACTIFS : 125.00

TRI-A-PLAT DES QUESTIONS ACTIVES

MODALITES IDENT LIBELLE DES POIDS RELATIFS	AVANT APUREMENT EFF. POIDS	APRES APUREMENT EFF. POIDS	HISTOGRAMME
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------

2 . PP1

PP11 - 1 | 2 2.00 | == VENTILEE ==

PP12 - 2 | 73 73.00 | 74 74.00

PP13 - 3 | 50 50.00 | 51 51.00 *****

3 . PP2

PP21 - 1 | 3 3.00 | 3 3.00 **

PP22 - 2 | 119 119.00 | 119 119.00

PP23 - 3 | 3 3.00 | 3 3.00 **

4 . PP3

PP31 - 1 | 5 5.00 | 5 5.00 ***

PP32 - 2 | 104 104.00 | 104 104.00

PP33 - 3 | 16 16.00 | 16 16.00 *****

5 . PP4

PP41 - 1 | 4 4.00 | 4 4.00 **

PP42 - 2 | 121 121.00 | 121 121.00

6 . PP5

PP51 - 1 | 0 0.00 |

PP52 - 2 | 112 112.00 | 112 112.00

PP53 - 3 | 13 13.00 | 13 13.00 *****

7. PP6

PP61 - 1 | 2 2.00 | == VENTILEE ==

PP62 - 2 | 14 14.00 | 15 15.00 *****

PP63 - 3 | 109 109.00 | 110 110.00

8. PP7

PP71 - 1 | 0 0.00 |

PP72 - 2 | 19 19.00 | 19 19.00 *****

PP73 - 3 | 106 106.00 | 106 106.00

9. PP8

PP81 - 1 | 48 48.00 | 48 48.00 *****

PP82 - 2 | 9 9.00 | 9 9.00 *****

PP83 - 3 | 68 68.00 | 68 68.00

VALEURS PROPRES

APERCU DE LA PRECISION DES CALCULS : TRACE AVANT

DIAGONALISATION .. 1.3750

SOMME DES VALEURS PROPRES 1.3750

HISTOGRAMME DES 11 PREMIERES VALEURS PROPRES

| NUMERO | VALEUR | POURCENT. | POURCENT. |

| | PROPRE | | CUMULE |

| 1 | 0.2570 | 18.69 | 18.69 |

***** |

2	0.2030	14.76	33.45	

3	0.1581	11.50	44.95	

4	0.1413	10.28	55.23	

5	0.1348	9.81	65.03	

6	0.1184	8.61	73.64	*****
7	0.0944	6.86	80.51	*****
8	0.0803	5.84	86.35	*****
9	0.0779	5.66	92.01	*****
10	0.0597	4.34	96.36	*****
11	0.0501	3.64	100.00	*****

RECHERCHE DE PALIERS (DIFFERENCES TROISIEMES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
3-- 4	-20.39	*****
2-- 3	-17.63	*****

RECHERCHE DE PALIERS ENTRE (DIFFERENCES SECONDES)

PALIER	VALEUR DU	
ENTRE	PALIER	
2-- 3	28.00	*****
7-- 8	11.63	*****
3-- 4	10.37	*****
6-- 7	9.89	*****
1-- 2	9.14	*****

COORDONNEES, CONTRIBUTIONS ET COSINUS CARRES DES MODALITES
ACTIVES
AXES 1 A 5

MODALITES					COORDONNEES											
CONTRIBUTIONS					COSINUS					CARRES						
IDEN	LIBELLE				P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5												
+-----+-----+-----+																
+-----+-----+-----+																
2. PP1																
PP12	- 2	7.40	0.69	0.32	0.15	-0.22	-0.13	0.56	3.0	0.8	2.3	0.9	17.4			
0.15	0.03	0.07	0.03	0.46												
PP13	- 3	5.10	1.45	-0.47	-0.22	0.32	0.19	-0.82	4.4	1.2	3.4	1.4	25.2			
0.15	0.03	0.07	0.03	0.46												
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 7.4 2.0																
5.8	2.3	42.6	+-----+-----													
3. PP2																
PP21	- 1	0.30	40.67	2.48	-0.81	-0.89	4.02	-1.71	7.2	1.0	1.5	34.4	6.5			
0.15	0.02	0.02	0.40	0.07												
PP22	- 2	11.90	0.05	-0.05	-0.05	0.13	-0.09	0.04	0.1	0.1	1.3	0.7	0.1			
0.05	0.04	0.34	0.16	0.03												
PP23	- 3	0.30	40.67	-0.56	2.64	-4.30	-0.48	0.09	0.4	10.3	35.0	0.5	0.0			
0.01	0.17	0.45	0.01	0.00												
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 7.6																
11.4	37.8	35.5	6.7	+-----+-----												
4. PP3																
PP31	- 1	0.50	24.00	3.13	-1.32	-1.12	0.63	0.26	19.1	4.3	4.0	1.4	0.3			
0.41	0.07	0.05	0.02	0.00												
PP32	- 2	10.40	0.20	0.01	0.35	0.16	0.02	-0.04	0.0	6.2	1.6	0.0	0.1			
0.00	0.60	0.12	0.00	0.01												
PP33	- 3	1.60	6.81	-1.04	-1.84	-0.66	-0.35	0.18	6.8	26.7	4.4	1.4	0.4			
0.16	0.50	0.06	0.02	0.00												
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 25.9																
37.2	10.0	2.8	0.8	+-----+-----												
5. PP4																
PP41	- 1	0.40	30.25	-0.22	2.16	-3.28	-0.92	-1.39	0.1	9.2	27.3	2.4	5.7			
0.00	0.15	0.36	0.03	0.06												
PP42	- 2	12.10	0.03	0.01	-0.07	0.11	0.03	0.05	0.0	0.3	0.9	0.1	0.2			
0.00	0.15	0.36	0.03	0.06												
+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 0.1 9.5																
28.2	2.5	5.9	+-----+-----													
6. PP5																
PP52	- 2	11.20	0.12	0.14	0.24	0.10	0.04	-0.04	0.9	3.1	0.7	0.1	0.1			
0.18	0.48	0.08	0.01	0.01												

| PP53 - 3 1.30 8.62 | -1.23 -2.03 -0.84 -0.35 0.34 | 7.6 26.3 5.8 1.1 1.1 |
 0.18 0.48 0.08 0.01 0.01 |

+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 8.5

29.4 6.5 1.2 1.2 +-----+

| 7 . PP6

| PP62 - 2 1.50 7.33 | 1.59 -0.63 -0.01 -1.50 -0.13 | 14.8 2.9 0.0 23.9 0.2
 | 0.35 0.05 0.00 0.31 0.00 |

| PP63 - 3 11.00 0.14 | -0.22 0.09 0.00 0.20 0.02 | 2.0 0.4 0.0 3.3 0.0 |
 0.35 0.05 0.00 0.31 0.00 |

+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 16.8

3.4 0.0 27.2 0.2 +-----+

| 8 . PP7

| PP72 - 2 1.90 5.58 | 1.34 -0.57 -0.23 -0.54 -1.33 | 13.4 3.1 0.6 4.0 25.1
 | 0.32 0.06 0.01 0.05 0.32 |

| PP73 - 3 10.60 0.18 | -0.24 0.10 0.04 0.10 0.24 | 2.4 0.6 0.1 0.7 4.5 |
 0.32 0.06 0.01 0.05 0.32 |

+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 15.8

3.6 0.7 4.7 29.6 +-----+

| 9 . PP8

| PP81 - 1 4.80 1.60 | 0.54 0.09 0.43 -0.32 0.24 | 5.4 0.2 5.5 3.6 2.1 |
 0.18 0.00 0.11 0.07 0.04 |

| PP82 - 2 0.90 12.89 | 1.19 -0.86 -0.83 1.78 0.98 | 5.0 3.3 4.0 20.2 6.4 |
 0.11 0.06 0.05 0.25 0.07 |

| PP83 - 3 6.80 0.84 | -0.54 0.05 -0.19 -0.01 -0.30 | 7.6 0.1 1.5 0.0 4.5 |
 0.34 0.00 0.04 0.00 0.11 |

+-----+----- CONTRIBUTION CUMULEE = 18.0

3.6 11.0 23.8 13.0 +-----+

COORDONNEES ET VALEURS-TEST DES MODALITES

AXES 1 A 5

+-----+-----+-----+

+-----+

MODALITES		VALEURS-TEST									
COORDONNEES											

+-----+-----+-----+

IDEN - LIBELLE	EFF.	P.ABS											
			1	2	3	4	5	1	2	3	4		
5 DISTO.													

+-----+-----+-----+

+-----+

| 2 . PP1

| PP11 - 1 2 2.00 | 0.3 1.3 -1.1 -1.5 -0.9 | 0.18 0.89 -0.79 -1.02
 -0.63 | 61.50 |

| PP12 - 2 73 73.00 | 4.1 2.0 -3.1 -1.5 7.4 | 0.31 0.15 -0.23 -0.11
 0.56 | 0.71 |

| PP13 - 3 50 50.00 | -4.2 -2.3 3.4 1.9 -7.2 | -0.46 -0.26 0.37
 0.21 -0.79 | 1.50 |

+-----+-----+-----+

+-----+

| 3 . PP2

PP21 - 1	3	3.00	4.3 -1.4 -1.6 7.0 -3.0	2.48 -0.81 -0.89 4.02
-1.71 40.67				
PP22 - 2	119	119.00	-2.4 -2.3 6.5 -4.4 2.0	-0.05 -0.05 0.13 -
0.09 0.04 0.05				
PP23 - 3	3	3.00	-1.0 4.6 -7.5 -0.8 0.2	-0.56 2.64 -4.30 -0.48
0.09 40.67				
+-----+-----+				
+-----+-----+				
4 . PP3				
PP31 - 1	5	5.00	7.1 -3.0 -2.5 1.4 0.6	3.13 -1.32 -1.12 0.63
0.26 24.00				
PP32 - 2	104	104.00	0.2 8.6 3.9 0.6 -1.0	0.01 0.35 0.16
0.02 -0.04 0.20				
PP33 - 3	16	16.00	-4.4 -7.9 -2.8 -1.5 0.8	-1.04 -1.84 -0.66 -
0.35 0.18 6.81				
+-----+-----+				
+-----+-----+				
5 . PP4				
PP41 - 1	4	4.00	-0.4 4.4 -6.6 -1.9 -2.8	-0.22 2.16 -3.28 -0.92
-1.39 30.25				
PP42 - 2	121	121.00	0.4 -4.4 6.6 1.9 2.8	0.01 -0.07 0.11
0.03 0.05 0.03				
+-----+-----+				
+-----+-----+				
6 . PP5				
PP51 - 1	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00
0.00 0.00				
PP52 - 2	112	112.00	4.7 7.7 3.2 1.3 -1.3	0.14 0.24 0.10
0.04 -0.04 0.12				
PP53 - 3	13	13.00	-4.7 -7.7 -3.2 -1.3 1.3	-1.23 -2.03 -0.84 -
0.35 0.34 8.62				
+-----+-----+				
+-----+-----+				
7 . PP6				
PP61 - 1	2	2.00	2.1 -0.2 -2.7 -0.2 -1.2	1.49 -0.12 -1.90 -0.11
-0.88 61.50				
PP62 - 2	14	14.00	5.7 -2.1 0.4 -6.4 -0.7	1.44 -0.54 0.11 -
1.62 -0.16 7.93				
PP63 - 3	109	109.00	-6.2 2.1 0.6 6.1 1.1	-0.21 0.07 0.02
0.21 0.04 0.15				
+-----+-----+				
+-----+-----+				
8 . PP7				
PP71 - 1	0	0.00	0.0 0.0 0.0 0.0 0.0	0.00 0.00 0.00 0.00
0.00 0.00				
PP72 - 2	19	19.00	6.3 -2.7 -1.1 -2.6 -6.3	1.34 -0.57 -0.23 -
0.54 -1.33 5.58				
PP73 - 3	106	106.00	-6.3 2.7 1.1 2.6 6.3	-0.24 0.10 0.04
0.10 0.24 0.18				

+-----+-----+-----													
+-----+-----+-----													
9. PP8													
PP81 - 1	48	48.00		4.7	0.8	3.7	-2.9	2.1		0.54	0.09	0.43	-0.32
0.24		1.60											
PP82 - 2	9	9.00		3.7	-2.7	-2.6	5.5	3.0		1.19	-0.86	-0.83	1.78
0.98		12.89											
PP83 - 3	68	68.00		-6.5	0.6	-2.3	-0.1	-3.6		-0.54	0.05	-0.19	-
0.01	-0.30		0.84										
+-----+-----+-----													
+-----+-----+-----													
1. SEXO													
SEX1 - femenino	70	70.00		-1.7	-0.9	-3.2	-0.7	0.0		-0.14	-0.07	-0.26	
-0.06	0.00		0.79										
SEX2 - masculino	55	55.00		1.7	0.9	3.2	0.7	0.0		0.17	0.10	0.33	
0.07	0.00		1.27										
+-----+-----+-----													
+-----+-----+-----													
10. TT1													
TT11 - 1	0	0.00		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		0.00	0.00	0.00	0.00
0.00		0.00											
TT12 - 2	68	68.00		6.4	2.7	0.2	-2.6	0.7		0.52	0.23	0.01	-0.21
0.06		0.84											
TT13 - 3	57	57.00		-6.4	-2.7	-0.2	2.6	-0.7		-0.62	-0.27	-0.02	
0.26	-0.07		1.19										
+-----+-----+-----													
+-----+-----+-----													

Anexo N° 5

CLASSIFICATION HIERARCHIQUE (VOISINS RECIPROQUES)

SUR LES 5 PREMIERS AXES FACTORIELS

DESCRIPTION DES 50 NOEUDS D'INDICES LES PLUS ELEVES

NUM. AINE BENJ EFF. POIDS INDICE HISTOGRAMME DES INDICES
DE NIVEAU

200	19	111	2	2.00	0.00000	*
201	177	173	10	10.00	0.00000	*
202	169	181	10	10.00	0.00000	*
203	202	201	20	20.00	0.00000	*
204	203	184	24	24.00	0.00000	*
205	197	195	4	4.00	0.00000	*
206	205	196	6	6.00	0.00000	*
207	115	74	2	2.00	0.00000	*
208	85	93	2	2.00	0.00000	*
209	9	27	2	2.00	0.00000	*
210	53	30	2	2.00	0.00000	*
211	97	107	2	2.00	0.00000	*
212	211	104	3	3.00	0.00000	*
213	189	11	3	3.00	0.00006	*
214	191	188	6	6.00	0.00013	*
215	100	15	2	2.00	0.00061	*
216	45	59	2	2.00	0.00061	*
217	207	99	3	3.00	0.00081	*
218	213	40	4	4.00	0.00099	*
219	46	94	2	2.00	0.00124	*
220	200	199	5	5.00	0.00146	*
221	212	208	5	5.00	0.00146	*
222	194	87	5	5.00	0.00199	*
223	32	60	2	2.00	0.00211	*
224	215	75	3	3.00	0.00247	**
225	10	33	2	2.00	0.00272	**
226	221	209	7	7.00	0.00276	**
227	217	216	5	5.00	0.00340	**
228	219	61	3	3.00	0.00393	**
229	222	83	6	6.00	0.00483	***
230	226	88	8	8.00	0.00493	***
231	218	214	10	10.00	0.00523	***
232	220	224	8	8.00	0.00552	***
233	223	63	3	3.00	0.00573	***
234	204	186	30	30.00	0.00585	***
235	228	210	5	5.00	0.00911	*****
236	225	47	3	3.00	0.00942	*****
237	162	142	39	39.00	0.01181	*****
238	232	227	13	13.00	0.01194	*****
239	230	25	9	9.00	0.01296	*****
240	235	76	6	6.00	0.01575	*****
241	239	231	19	19.00	0.02368	*****

```

242 238 206 19 19.00 0.02893 *****
243 229 237 45 45.00 0.02897 *****
244 236 233 6 6.00 0.04382 *****
245 234 243 75 75.00 0.06573 *****
246 242 245 94 94.00 0.09861
*****
247 240 246 100 100.00 0.14028
*****
248 244 247 106 106.00 0.15772
*****
**
249 241 248 125 125.00 0.17665
*****
*****
SOMME DES INDICES DE NIVEAU = 0.89422
    
```

COORDONNEES ET VALEURS-TEST
AXES 1 A 5

ELEMENTS		VALEURS-TEST					COORDONNEES				
NUM. IDENT	POIDS EFF	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	142 18.00 18	-1.24	2.41	0.44	0.67	2.23	-0.27	0.53	0.10	0.15	0.49
2.	162 21.00 21	1.25	2.75	2.91	-0.67	4.95	0.25	0.55	0.58	-0.13	0.99
3.	83 1.00 1	1.77	-0.48	-0.43	0.40	1.27	1.77	-0.48	-0.43	0.40	1.27
4.	87 1.00 1	0.18	-0.26	0.02	2.02	0.40	0.18	-0.26	0.02	2.02	0.40
5.	194 4.00 4	1.15	-0.07	-0.84	3.50	3.39	0.57	-0.04	-0.41	1.73	1.67
6.	186 6.00 6	-0.34	0.80	2.54	0.39	-0.73	-0.14	0.32	1.02	0.16	-0.29
7.	184 4.00 4	-1.33	0.61	1.07	0.89	-1.60	-0.66	0.30	0.53	0.44	-0.79
8.	173 5.00 5	-1.49	0.68	1.21	0.99	-1.80	-0.66	0.30	0.53	0.44	-0.79
9.	177 5.00 5	-1.49	0.68	1.21	0.99	-1.80	-0.66	0.30	0.53	0.44	-0.79
10.	181 5.00 5	-1.49	0.68	1.21	0.99	-1.80	-0.66	0.30	0.53	0.44	-0.79
11.	169 5.00 5	-1.49	0.68	1.21	0.99	-1.80	-0.66	0.30	0.53	0.44	-0.79

12 . 196	2.00	2	1.60	0.15	0.81	-2.33	1.21	1.13	0.11	0.57	-1.64	0.85
13 . 195	2.00	2	1.60	0.15	0.81	-2.33	1.21	1.13	0.11	0.57	-1.64	0.85
14 . 197	2.00	2	1.60	0.15	0.81	-2.33	1.21	1.13	0.11	0.57	-1.64	0.85
15 . 59	1.00	1	1.38	-0.33	-0.13	-1.93	-1.11	1.38	-0.33	-0.13	-1.93	-
1.11												
16 . 45	1.00	1	1.90	-0.31	0.36	-2.21	-0.61	1.90	-0.31	0.36	-2.21	-0.61
17 . 99	1.00	1	1.52	-0.54	0.79	-1.92	-1.88	1.52	-0.54	0.79	-1.92	-1.88
18 . 74	1.00	1	0.99	-0.56	0.31	-1.64	-2.39	0.99	-0.56	0.31	-1.64	-2.39
19 . 115	1.00	1	0.99	-0.56	0.31	-1.64	-2.39	0.99	-0.56	0.31	-1.64	-
2.39												
20 . 75	1.00	1	0.51	-1.21	-0.28	-1.03	-0.26	0.51	-1.21	-0.28	-1.03	-
0.26												
21 . 15	1.00	1	0.50	0.11	-0.12	-0.42	-0.97	0.50	0.11	-0.12	-0.42	-0.97
22 . 100	1.00	1	1.02	0.13	0.37	-0.70	-0.47	1.02	0.13	0.37	-0.70	-0.47
23 . 199	3.00	3	1.11	-0.16	1.40	-0.72	-3.05	0.64	-0.09	0.80	-0.41	-
1.75												
24 . 200	2.00	2	0.16	-0.17	0.45	-0.18	-3.19	0.11	-0.12	0.32	-0.13	-
2.25												
25 . 76	1.00	1	-0.63	3.55	-6.09	-1.04	-0.79	-0.63	3.55	-6.09	-1.04	-
0.79												
26 . 30	1.00	1	-0.52	2.18	-3.40	-0.20	0.54	-0.52	2.18	-3.40	-0.20	0.54
27 . 53	1.00	1	-0.52	2.18	-3.40	-0.20	0.54	-0.52	2.18	-3.40	-0.20	0.54
28 . 61	1.00	1	0.91	1.51	-2.31	-1.54	-1.80	0.91	1.51	-2.31	-1.54	-1.80
29 . 94	1.00	1	-0.38	1.90	-2.58	-0.70	-0.84	-0.38	1.90	-2.58	-0.70	-
0.84												
30 . 46	1.00	1	-0.77	1.67	-2.15	-0.41	-2.12	-0.77	1.67	-2.15	-0.41	-
2.12												
31 . 63	1.00	1	3.42	-1.33	-0.65	-1.67	-0.32	3.42	-1.33	-0.65	-1.67	-
0.32												
32 . 60	1.00	1	2.97	-1.50	-1.43	0.76	1.82	2.97	-1.50	-1.43	0.76	1.82
33 . 32	1.00	1	3.74	-1.92	-1.64	0.19	0.36	3.74	-1.92	-1.64	0.19	0.36
34 . 47	1.00	1	1.09	-0.15	0.21	3.80	-1.91	1.09	-0.15	0.21	3.80	-1.91
35 . 33	1.00	1	2.57	-0.92	-1.43	4.80	-1.41	2.57	-0.92	-1.43	4.80	-1.41

36 . 10	1.00	1	3.77	-1.36	-1.44	3.48	-1.81	3.77	-1.36	-1.44	3.48	-1.81
37 . 188	3.00	3	-1.37	-1.43	-0.96	-0.32	1.21	-0.78	-0.82	-0.55	-0.18	
0.69												
38 . 191	3.00	3	-1.64	-1.51	-1.13	-0.34	1.47	-0.94	-0.87	-0.65	-0.20	
0.84												
39 . 40	1.00	1	-0.65	-1.03	0.37	-0.17	-0.08	-0.65	-1.03	0.37	-0.17	-
0.08												
40 . 11	1.00	1	-1.33	-1.09	-0.21	0.09	-0.44	-1.33	-1.09	-0.21	0.09	-
0.44												
41 . 189	2.00	2	-1.66	-1.49	-0.17	0.16	-0.83	-1.17	-1.05	-0.12	0.11	-
0.58												
42 . 25	1.00	1	0.20	-3.07	-1.52	-2.60	-0.55	0.20	-3.07	-1.52	-2.60	-
0.55												
43 . 88	1.00	1	-1.00	-3.00	-1.37	1.35	0.95	-1.00	-3.00	-1.37	1.35	0.95
44 . 27	1.00	1	-1.45	-2.21	-1.29	-0.52	1.05	-1.45	-2.21	-1.29	-0.52	
1.05												
45 . 9	1.00	1	-1.45	-2.21	-1.29	-0.52	1.05	-1.45	-2.21	-1.29	-0.52	1.05
46 . 93	1.00	1	-1.32	-2.42	-0.37	-0.51	0.27	-1.32	-2.42	-0.37	-0.51	
0.27												
47 . 85	1.00	1	-1.32	-2.42	-0.37	-0.51	0.27	-1.32	-2.42	-0.37	-0.51	
0.27												
48 . 104	1.00	1	-1.84	-2.44	-0.86	-0.23	-0.23	-1.84	-2.44	-0.86	-0.23	-
0.23												
49 . 107	1.00	1	-1.84	-2.44	-0.86	-0.23	-0.23	-1.84	-2.44	-0.86	-0.23	-
0.23												
50 . 97	1.00	1	-1.84	-2.44	-0.86	-0.23	-0.23	-1.84	-2.44	-0.86	-0.23	-
0.23												
+-----+-----+												
+												

DESCRIPTION DES NOEUDS DE LA HIERACHIE

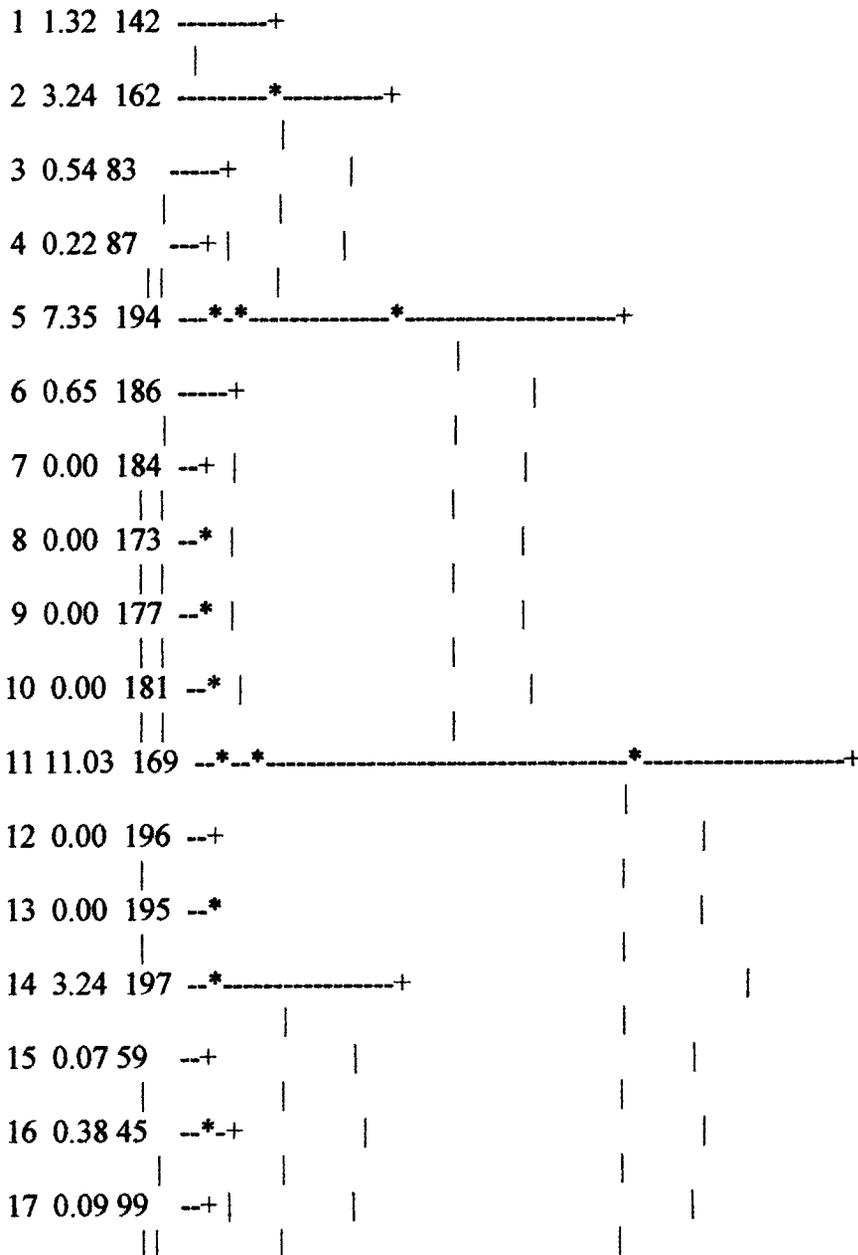
(INDICES EN POURCENTAGE DE LA SOMME DES INDICES : 0.89422)

NOEUD		SUCESSEURS				COMPOSITION	
NUMERO	INDICE	AINÉ	BENJ	EFFECT.	POIDS	PREMIER	DERNIER
51	0.00	9	8	10	10.00	8	9
52	0.00	11	10	10	10.00	10	11
53	0.00	52	51	20	20.00	8	11
54	0.00	53	7	24	24.00	7	11
55	0.00	14	13	4	4.00	13	14
56	0.00	55	12	6	6.00	12	14
57	0.00	19	18	2	2.00	18	19
58	0.00	47	46	2	2.00	46	47
59	0.00	45	44	2	2.00	44	45
60	0.00	27	26	2	2.00	26	27
61	0.00	50	49	2	2.00	49	50
62	0.00	61	48	3	3.00	48	50
63	0.01	41	40	3	3.00	40	41
64	0.01	38	37	6	6.00	37	38
65	0.07	22	21	2	2.00	21	22
66	0.07	16	15	2	2.00	15	16
67	0.09	57	17	3	3.00	17	19
68	0.11	63	39	4	4.00	39	41
69	0.14	30	29	2	2.00	29	30
70	0.16	24	23	5	5.00	23	24
71	0.16	62	58	5	5.00	46	50
72	0.22	5	4	5	5.00	4	5
73	0.24	33	32	2	2.00	32	33
74	0.28	65	20	3	3.00	20	22
75	0.30	36	35	2	2.00	35	36
76	0.31	71	59	7	7.00	44	50
77	0.38	67	66	5	5.00	15	19
78	0.44	69	28	3	3.00	28	30
79	0.54	72	3	6	6.00	3	5
80	0.55	76	43	8	8.00	43	50
81	0.58	68	64	10	10.00	37	41
82	0.62	70	74	8	8.00	20	24
83	0.64	73	31	3	3.00	31	33
84	0.65	54	6	30	30.00	6	11
85	1.02	78	60	5	5.00	26	30
86	1.05	75	34	3	3.00	34	36
87	1.32	2	1	39	39.00	1	2
88	1.33	82	77	13	13.00	15	24
89	1.45	80	42	9	9.00	42	50
90	1.76	85	25	6	6.00	25	30
91	2.65	89	81	19	19.00	37	50
92	3.24	88	56	19	19.00	12	24

93	3.24	79	87	45	45.00	1	5
94	4.90	86	83	6	6.00	31	36
95	7.35	84	93	75	75.00	1	11
96	11.03	92	95	94	94.00	1	24
97	15.69	90	96	100	100.00	1	30
98	17.64	94	97	106	106.00	1	36
99	19.75	91	98	125	125.00	1	50

DENDROGRAMME

RANG IND. IDEN DENDROGRAMME (INDICES EN POURCENTAGE, DE LA SOMME DES INDICES : 0.89422 MIN = 0.00% / MAX = 19.75%)



18	0.00	74	--*					
19	1.33	115	--**---	+				
20	0.28	75	---	+				
21	0.07	15	--+					
22	0.62	100	--**-	+				
23	0.16	199	--+					
24	15.69	200	--**--*	*	-----	*	-----	*
-----+								
25	1.76	76	-----	+				
26	0.00	30	--+					
27	1.02	53	--*	---	+			
28	0.44	61	---	+				
29	0.14	94	--+					
30	17.64	46	--**--*	*	-----	*	-----	*
-----*								
31	0.64	63	---	+				
32	0.24	60	--+					
33	4.90	32	--**-----	+				
34	1.05	47	---	+				
35	0.30	33	--+					
36	19.75	10	--**--*	*	-----	*	-----	*
-----*								
37	0.01	188	--+					
38	0.58	191	--**-	+				
39	0.11	40	--+					

40	0.01	11	--*						
41	2.65	189	--*--*-----+						
42	1.45	25	-----+						
43	0.55	88	-----+						
44	0.00	27	--+						
45	0.31	9	--*+						
46	0.00	93	--+						
47	0.16	85	--*						
48	0.00	104	--*						
49	0.00	107	--*						
50	-----	97	--**--*--*--*	-----					
	-----		*						

Anexo N°6:

DESCRIPTION DE PARTITION(S)
DESCRIPTION DE LA COUPURE 'a' DE L'ARBRE EN 4 CLASSES
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES

DESCRIPTION DE LA COUPURE 'b' DE L'ARBRE EN 5 CLASSES
CARACTERISATION DES CLASSES PAR LES MODALITES

CARACTERISATION PAR LES MODALITES DES CLASSES OU MODALITES
DE COUPURE 'b' DE L'ARBRE EN 5 CLASSES
CLASSE 1 / 5

V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES
IDEN POIDS
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES
VARIABLES

59.20 CLASSE 1 / 5

bb1b	74						
6.18	0.000	71.15	100.00	83.20	2		PP3
PP32	104						
5.79	0.000	69.81	100.00	84.80	3		PP7
PP73	106						
5.17	0.000	67.89	100.00	87.20	3		PP6
PP63	109						
4.52	0.000	66.07	100.00	89.60	2		PP5
PP52	112						
2.67	0.004	62.18	100.00	95.20	2		PP2
PP22	119						

CLASSE 2 / 5

V.TEST PROBA ---- POURCENTAGES ---- MODALITES
IDEN POIDS
CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES
VARIABLES

16.00 CLASSE 2 / 5

bb2b 20

5.62	0.000	68.42	65.00	15.20	2	PP7
PP72	19					
5.44	0.000	78.57	55.00	11.20	2	PP6
PP62	14					
3.42	0.000	26.47	90.00	54.40	2	TT1
TT12	68					
2.89	0.002	29.17	70.00	38.40	1	PP8
PP81	48					

CLASSE 3 / 5

V.TEST PROBA --- POURCENTAGES --- MODALITES
IDEN POIDS

CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES
VARIABLES

4.80 CLASSE 3 / 5

bb3b

6

4.66	0.000	100.00	66.67	3.20	1	PP4
PP41	4					
3.83	0.000	100.00	50.00	2.40	3	PP2
PP23	3					

CLASSE 4 / 5

V.TEST PROBA --- POURCENTAGES --- MODALITES
IDEN POIDS

CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES
VARIABLES

4.80 CLASSE 4 / 5

bb4b

6

4.32	0.000	80.00	66.67	4.00	1	PP3
PP31	5					
3.83	0.000	100.00	50.00	2.40	1	PP2
PP21	3					
2.60	0.005	33.33	50.00	7.20	2	PP8
PP82	9					

2.59 0.005 21.05 66.67 15.20 2 PP7
PP72 19

CLASSE 5 / 5

V.TEST PROBA --- POURCENTAGES --- MODALITES

IDEN POIDS

CLA/MOD MOD/CLA GLOBAL CARACTERISTIQUES DES
VARIABLES

15.20 CLASSE 5 / 5

bb5b 19

7.70 0.000 93.75 78.95 12.80 3 PP3
PP33 16

7.27 0.000 100.00 68.42 10.40 3 PP5
PP53 13

4.66 0.000 31.58 94.74 45.60 3 TT1
TT13 57

2.53 0.006 22.86 84.21 56.00 femenino SEXO
SEX1 70



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442

Jurado:

- ✓ Lic forcis Cini Emma
- ✓ Lic Cecilio Muter
- ✓ Lic Perez Pere

Fecha de Defensa: 26-4-04

Nota: 10 (diez)