

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR, ESCOLAR Y URBANA EN UNA COMUNIDAD DE ALTO RIESGO PSICOSOCIAL

PREVENTION OF FAMILY, SCHOOL AND URBAN VIOLENCE IN A HIGH PSYCHOSOCIAL RISK COMMUNITY

Quiroga, Susana¹; Cryan, Glenda²

RESUMEN

En el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes se han implementado dispositivos de prevención de patologías específicas que se presentan en adolescentes con alto riesgo psicosocial. El objetivo de estos dispositivos es optimizar la posibilidad de creación y mantenimiento de redes comunitarias que asistan a la población adolescente de riesgo y su familia y prevengan conductas de desajuste familiar, social y educacional (conductas transgresoras violentas, suicidas y auto-destructivas).

En este trabajo se presenta la experiencia de prevención realizada por la Unidad de Prevención y Asistencia en Violencia Familiar, Escolar y Urbana en escuelas públicas del Distrito de Avellaneda.

Los datos obtenidos a través del Cuestionario Exposición a la Violencia Comunitaria demuestran el alto riesgo de muerte y/o autodestrucción al que se encuentran expuestos estos adolescentes y corroboran la alta *vulnerabilidad psicosocial y comunitaria* que predomina en esta población y su contexto.

Palabras clave:

Prevención - Violencia - Vulnerabilidad - Alto riesgo psicosocial

ABSTRACT

In the Clinical Psychology Program for Adolescents, prevention devices of specific pathologies that are present in adolescents with high psychosocial risk have been implemented. The aim of these devices is to optimise the possibility of creating and maintaining community groups that can assist the teenage population at risk and their family and that can prevent behaviours of family, social and educational disruption (violent, suicidal and self-destructive transgressive behaviours).

In this study, the prevention experience in Family, School and Urban Violence in state schools in the district of Avellaneda, which was carried out by the Prevention and Assistance Unit, is presented.

The data obtained by means of the Exposure to Community Violence Questionnaire show the high risk of death and/or self-destruction these adolescents are exposed to and corroborate the high psychosocial and community vulnerability that prevails in this population and its environment.

Key words:

Prevention - Violence - Vulnerability - High psychosocial risk

¹ Dra. en Filosofía y Letras con orientación en Psicología. UBA. Lic. en Psicología. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN) Profesora Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora del Proyecto UBACyT 2004-2007 P069.

² Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Becaria UBACyT. Ayudante de Primera de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de apoyo en el Proyecto UBACyT 2004-2007.

1) INTRODUCCIÓN

El Programa de Psicología Clínica para Adolescentes funciona desde 1997 en la Sede Regional Sur- UBA, sito en el Distrito de Avellaneda. En el mismo se realizan actividades de Prevención, Asistencia e Investigación a adolescentes de 13 a 25 años y sus familias. Los pacientes derivados a dicho Programa transcurren su desarrollo envueltos en reiterados traumas infantiles, desamparo psíquico y físico, migraciones, cambios de estructura familiar, desaparición o muerte dudosa de los progenitores y conviven en un contexto de: 1. *vulnerabilidad psicosocial y comunitaria*: criminalidad, delincuencia, consumo y tráfico de drogas, 2. *vulnerabilidad familiar*: abandono parental, abuso físico y sexual, desnutrición física y mental de los hijos y 3. *vulnerabilidad individual*: suicidio, conductas destructivas y autodesestructivas, enfermedades somáticas, trastornos de la alimentación, depresiones, ataques de pánico, traumas tempranos, stress postraumático, psicosis, etc.

Estos pacientes y sus familias, luego de un proceso diagnóstico efectuado por el Equipo de Admisión, son derivados a las distintas Unidades del Programa: psicoterapia individual, grupal, familiar, multifamiliar y/o vincular. Actualmente en el Programa funcionan Grupos terapéuticos de adolescentes tempranos, medios y tardíos, Grupos terapéuticos de adolescentes transgresores con conductas perturbadoras, con abuso físico y/o sexual, con trastornos de la alimentación, de adolescentes con traumas tempranos y situaciones traumáticas actuales, con deficiencias mentales y psicosociales. Asimismo se realizan Grupos de orientación a todos los padres de adolescentes en tratamiento.

Desde el año 2000, y posiblemente debido a la crisis sociocultural y económica por la que atravesaba nuestro país, las instituciones educativas comenzaron a solicitar intervenciones de prevención debido a la detección de problemáticas específicas que en general ponían en peligro de muerte o autodestrucción la vida de los adolescentes. A tal efecto, se organizaron actividades de prevención tendientes a informar, esclarecer y diagnosticar situaciones de riesgo y vulnerabilidad en la población escolar adolescente. Para ello, se diseñó un dispositivo de prevención de las problemáticas familiares, grupales e individuales más frecuentes en esta franja etárea tales como conductas perturbadoras, violencia familiar, escolar y urbana, trastornos de la conducta alimentaria, depresión clínica y/o subyacente a dichas problemáticas, etc. Este dispositivo incluye entrevistas con los directores, asistentes educacionales y sociales y docentes en cada institución e intervenciones áulicas a través de charlas de prevención con los alumnos, organizadas a través de material gráfico ilustrativo preparado previamente por los diferentes equipos de prevención para cada problemática específica. Por otra parte, en esa misma época, se constituyeron Unidades orgánicas para las siguientes problemáticas

específicas:

- 1) *Unidad de Asistencia y Prevención en Violencia Familiar, Escolar y Urbana.*
- 2) *Unidad de Asistencia y Prevención en Abuso Físico y/o Sexual*
- 3) *Unidad de Asistencia y Prevención en Trastornos de Alimentación.*

Con respecto a la Asistencia, las investigaciones de nuestro equipo (UBACyT 2004-2007: P069) evalúan la eficacia terapéutica de tratamientos para problemáticas graves que no mejoran con las formas tradicionales de intervención. Las nuevas técnicas de abordaje incluyen la focalización y modulización del tratamiento realizado a través de grupos terapéuticos que llamamos Grupo de Encuadre Vincular y Representacional-GEVR y Grupo de Terapia Focalizada-GTF (Quiroga, S., Cryan, G., 2004).

El objetivo de estas nuevas técnicas apunta a generar la concientización de los actores sociales que participan en el contexto del adolescente en riesgo que es derivado a nuestro Programa. Dicha concientización tiene por finalidad mantener a estas familias dentro de una *red de contención social* por medio de la aplicación de dispositivos institucionales que incluyen reuniones y talleres con orientadores escolares y judiciales. En los mismos se informa sobre las problemáticas que ponen en riesgo biopsicosocial a los adolescentes con alta prevalencia en la institución escolar, la importancia de la derivación temprana del paciente para su abordaje individual y familiar, y de la necesidad de la colaboración interdisciplinaria para que este proceso se lleve a cabo.

Con respecto al trabajo de Prevención en las Unidades mencionadas, se implementaron diversas actividades que incluyen la visita a la comunidad educativa y la realización de estudios epidemiológicos de la población no clínica. En este trabajo se presentará la experiencia de prevención realizada por la Unidad de Asistencia y Prevención en Violencia Familiar, Escolar y Urbana en escuelas públicas del distrito de Avellaneda entre los años 2001 y 2003.

2) MARCO CONCEPTUAL

La definición de las necesidades primarias constituye un paso fundamental a la hora de establecer las intervenciones en materia de acción sanitaria en cualquier comunidad. Según la O.M.S "la *Prevención Primaria* trata de impedir los daños a los que la *Prevención Secundaria* trata de poner fin y la *Prevención Terciaria* trata de reducir".

Caplan, G. (1966) ya definió la prevención en el ámbito de la salud mental como el "cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teórico como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas que reduzcan 1) la frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (*Prevención Primaria*) 2) la

duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (*Prevención Secundaria*) y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (*Prevención Terciaria*). Añade, además, que el psicólogo preventivo debe adquirir conocimientos adicionales sobre una amplia gama de problemas -sociales, económicos, políticos, administrativos, etc., que lo capaciten para planificar e instrumentar programas que no solo se refieren al paciente individual sino también a los problemas comunitarios. Por otra parte, plantea la necesidad de la coordinación de sus actividades con otros profesionales y no profesionales activamente implicados en el manejo de aspectos sanitarios, educativos, legales y sociales comunitarios. Esta concepción de la prevención conlleva a la inclusión y colaboración de sociólogos, economistas, legisladores, jueces, jefes municipales y funcionarios públicos que tienen a su cargo el bienestar social de la población y también aquellos que se desempeñan en el campo religioso.

En este trabajo destacamos que en nuestro Programa se realizan actividades relacionadas con la *Prevención Primaria* cuyo objetivo es evitar, disminuir o reducir el impacto y las consecuencias negativas de determinadas situaciones o comportamientos tanto a nivel individual como social.

Cole y col. (1993), redefiniendo el concepto de prevención, la presentan como una nueva ciencia en un punto de unión de la psicología, la criminología, la psiquiatría y el desarrollo humano. La prevención se presenta así como el abordaje más eficaz para este tipo de problemáticas: intervenir antes de la existencia del trastorno. Esta perspectiva presupone una nueva alternativa de observar, comprender y actuar para que los trastornos no surjan, no se desarrollen o no se repitan.

Otros autores (Caplan, G., 1961, Silber, E., et al., 1961; Martín, E., 1993), plantean que la prevención es un proceso activo que intenta adoptar y desarrollar iniciativas y que tiene como objetivo modificar y perfeccionar la formación integral y la calidad de vida del individuo, aumentando su resistencia a los procesos patológicos.

Un modelo conceptual de la prevención primaria sugerido por Caplan (1966) describe como importante lo que él llama la *provisión de aportes*, definiendo este concepto como la hipótesis de que "para no sufrir un trastorno mental, una persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas etapas del crecimiento y desarrollo". Dichos aportes pueden clasificarse en tres grupos: **1) físicos** (alimentación, vivienda, estimulación corporal, protección contra el daño físico, etc.), **2) psicosociales** (estimulación para el desarrollo intelectual y afectivo del sujeto por medio de la interacción interpersonal dentro de la familia, sus pares y las autoridades escolares, religiosas y del trabajo; resultan de especial importancia los intercambios "cara a cara" entre los sujetos con los que se desarrollan compromisos emocionales y continuos) y **3) socioculturales** (influencias que

ejercen las costumbres y los valores de la cultura y estructura social sobre la constitución de la subjetividad; estos valores fijan su lugar en la estructura de la sociedad y dictan las reglas que condicionan la trayectoria de su vida).

En el caso especial de la prevención de la problemática del consumo de drogas en la adolescencia, Gordon, R. (1987), propuso tres formas distintas de intervención, adoptadas en 1994 por el American Institute of Medicine, que tienen en cuenta la valoración del riesgo y los componentes de los programas: prevención universal, prevención selectiva y prevención específica. Los programas de *Prevención Universal* se dirigen a la población en general, incluyendo a jóvenes y familias y tienen por objetivo informar y sensibilizar a la población acerca de la problemática del consumo de sustancias. (Hawkins et al., 1996; Molgaard y Kumpfer, 1995). Los programas de *Prevención Selectiva* se dirigen a grupos o familias "en riesgo" desde un punto de vista estadístico; estas intervenciones incluyen a toda la familia durante largos períodos (Kumpfer, et al., 1989). Los programas de *Prevención Específica* se dirigen a grupos de riesgo bien definidos: familias en las que se identifican o diagnostican factores de riesgo. La prevención específica será toda acción, actividad, o programa que aborde el problema a tratar de una manera clara, concreta y explícita (Calafat, A. 1995).

En coincidencia con las ideas desarrolladas por Gordon, R. acerca de la prevención para el consumo de drogas, en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, se diseñaron diferentes estrategias de prevención para los diferentes desórdenes y/o patologías adolescentes que se presentan en las distintas Unidades del Programa (Prevención Específica).

A continuación, presentaremos ciertos estudios epidemiológicos que muestran la gravedad de la problemática de la violencia incrementada año a año a nivel nacional e internacional.

3) ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE VIOLENCIA REALIZADOS A NIVEL INTERNACIONAL Y NACIONAL

El primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2002) realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo. En el mismo se informa que cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Los expertos en salud pública señalan que esos datos no son sino la "punta del iceberg", puesto que la mayor parte de los actos violentos se cometen puertas adentro y quedan sin registrar. Aparte de las muertes, millones de personas resultan heridas a consecuencia de la violencia y sufren problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales.

En el Informe se afirma que las muertes y discapacidades causadas por la violencia convierten a ésta en uno de los

principales problemas de salud pública de nuestro tiempo. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y es responsable del 14% de las defunciones entre la población masculina y del 7% entre la femenina. En un día cualquiera, 1424 personas mueren en actos de homicidio, casi una persona por minuto. Aproximadamente una persona se suicida cada 40 segundos. Unas 35 personas mueren cada hora como consecuencia directa de un conflicto armado. Se calcula que en el siglo XX, 191 millones de personas perdieron la vida como consecuencia directa o indirecta de un conflicto, y bastante más de la mitad eran civiles. Algunos estudios han demostrado que en algunos países los gastos sanitarios causados por la violencia representan más del 5% del PBI.

Los datos sobre la violencia juvenil (OMS, 2002) indican que la tasa de homicidios entre jóvenes ha aumentado en muchas partes del mundo. Se calcula que, por cada joven muerto a consecuencia de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento. Los estudios muestran que las peleas y la intimidación son comunes entre los jóvenes y que el abuso de alcohol es una de las circunstancias que desencadena la violencia.

En este grupo etéreo tiene lugar una de las formas de violencia más visibles en la sociedad. En todo el mundo, los periódicos y los medios de radiodifusión informan diariamente sobre la violencia juvenil de pandillas, en las escuelas y en las calles. En casi todos los países, los adolescentes y los adultos jóvenes son tanto las principales víctimas como los principales perpetradores de esa violencia (Reza, A., Krug, E.G., Mercy J.A., 2001). Los homicidios y las agresiones no mortales que involucran a jóvenes aumentan enormemente la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad (Reza A, Krug, E.G., Mercy J.A., 2001; Organización Mundial de la Salud, 1996).

En el año 2000, se produjeron a nivel mundial unos 199.000 homicidios de jóvenes (9,2 por 100.000 habitantes). En otras palabras, un promedio de 565 niños, adolescentes y adultos jóvenes de 10 a 29 años de edad mueren cada día como resultado de la violencia interpersonal. Las tasas de homicidios varían considerablemente según la región y fluctúan entre 0,9 por 100.000 en los países de ingreso alto de Europa y partes de Asia y el Pacífico a 17,6 por 100.000 en África y 36,4 por 100.000 en América Latina.

En nuestro país, de acuerdo a lo expresado por Ovalles, E. (2005), coordinador del Centro de Estudios Nueva Mayoría, el delito aumentó el 177% en los últimos años (de 1991 hasta 2002); en la provincia de Buenos Aires subió un 228% y en la ciudad de Buenos Aires, un 372%. Los resultados obtenidos en esta investigación mostraron que a nivel nacional, hay un delito cada 27 personas; en la provincia de Buenos Aires hay uno cada 38 personas y en la Ciudad de Buenos Aires, uno cada

14 personas. Por otra parte, este autor sostiene que el 11% de los jóvenes de entre 16 y 26 años consumen drogas ilegales en el distrito de Buenos Aires y más del 40% de los presos son adictos, de los cuales casi la misma proporción estuvo bajo los efectos de la droga al momento de cometer un delito, en un contexto donde la Argentina ha dejado de ser un país de paso y se ha convertido en un centro de consumo y producción. En consumo y abuso de alcohol, más del 80% de los mayores de 15 años lo consumen, mientras que entre los menores de 12 a 14 son el 49,5%. Además, sostiene que más allá de estos factores, se encuentra la crítica situación social que vive el conurbano, donde la pobreza y la indigencia se ubican prácticamente duplicando la primera y triplicando la segunda los niveles registrados hace una década atrás. Asimismo, destaca el gran aumento de violencia hacia grupos vulnerables, que comprenden no sólo a niños y adolescentes sino también a ancianos, que son asaltados y abusados físicamente con inusitada crueldad en sus domicilios. Se informó que durante el mes de noviembre de 2005, hubo más de 40 casos de ancianos asesinados en ocasión de asaltos en el país, siendo Buenos Aires, Capital Federal y Santa Fe los distritos con mayor cantidad. El abuso sexual, por otra parte, es la modalidad de violencia que más aumentó: la cantidad de casos atendidos en el Centro de Atención por Violencia Sexual de la Policía Federal es 70 por ciento mayor a la de 1996 (Clarín, 26 de octubre de 2003). Asimismo, una de las principales causas de muerte en la Argentina son los accidentes de tránsito: 19 personas mueren por día; hay 6.672 víctimas fatales por año (estimación año 2003) y más de 120 mil heridos de distinto grado.

Desde el punto de vista intrapsíquico, se considera que la adolescencia constituye el momento de mayor capacidad vital de un individuo, pero también el de mayor posibilidad de riesgo (Quiroga, S, 1994; Quiroga, S; Belcaguy, M., 2001). Esto es debido a que la inermidad psíquica del adolescente lo pone en una situación de desamparo frente a la realidad que le resulta traumática por carecer de elementos mentales que posibiliten una ligadura representacional adecuada. Por lo tanto, la adolescencia y los primeros años de la edad adulta constituyen un período en que la violencia, así como otro tipo de comportamientos, a menudo se expresan con más intensidad (Dahlberg, L.L., Potter, L.B., 2001). La violencia juvenil es considerada una grave epidemiología de este comienzo de siglo. Previamente lo había sido de fin de siglo. Los menores de edad son los nuevos protagonistas de las crónicas violentas y los comunicadores sociales reiteran informaciones e investigaciones periodísticas sobre los "jóvenes violentos" (Corsi, J.; Peyrú, G., 2003). Conocer cuándo y en qué condiciones se presenta de manera característica el comportamiento violento conforme se desarrolla la persona puede ayudar a planificar intervenciones y políticas de

prevención orientadas a los grupos de edad más críticos (*Youth violence: a report of the Surgeon General*. Washington, 2001).

4) UNIDAD DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN VIOLENCIA FAMILIAR, ESCOLAR Y URBANA

Los adolescentes atendidos en la Unidad de Violencia del Programa transcurren su desarrollo en un permanente contexto de alto riesgo y vulnerabilidad psicosocial debido a la predominancia de una realidad objetiva disruptiva y traumática.

Desde el punto de vista sociodemográfico (Quiroga, S.; Cryan, G, 2005), en un estudio epidemiológico realizado en la población consultante a esta Unidad, se observó que casi el 100% de las familias vive en casas construidas precariamente donde existe un alto grado de hacinamiento en la densidad habitacional, y un 80% de cohabitación y colecho con otros miembros de la familia, mientras que sólo un quinto de estos adolescentes dispone de un espacio propio. Esta realidad psicosocial que es fuente de excitación erógena corporal continua, constituye un potencial traumático desorganizante que pone en riesgo el surgimiento, desarrollo y tramitación de los procesos endógenos en estos adolescentes. Los estímulos internos puberales son procesos que necesitan ser descargados; en esta población no encuentran una vía apropiada para realizar "acciones específicas" que cancelen las exigencias pulsionales de esta fase del desarrollo psicosexual (Freud, 1950).

Por otro lado, casi el 50% de esta población establece viviendas transitorias en terrenos o casas tomadas. Desde el punto de vista contextual, esta situación genera una transgresión permanente de la ley que se instituye como un estilo de vida comunitario consensuado, y desde el punto de vista intrapsíquico, genera fallas en la constitución de un Superyo protector dando lugar en esta instancia psíquica a una configuración transgresora colectiva. Desde la perspectiva de la prevención psicosocial y sociocultural, la falla en las costumbres, los valores de la cultura y la estructura social coinciden con la falta de *provisión de aportes*, que Caplan enuncia como modelo conceptual de psiquiatría preventiva.

La inestabilidad habitacional genera una carencia de una continuidad contextual contenedora y estable, como por ejemplo el barrio o la escuela. La posibilidad de ser expulsados de los espacios de apropiación y el consiguiente cambio de contexto afectan tanto la deserción escolar y el abandono de tratamientos terapéuticos como la posibilidad de establecer vínculos intersubjetivos y grupales permanentes, necesarios para el desarrollo de esta etapa vital.

5) DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ESCOLAR Y FUNDAMENTACIÓN DE LA ADECUACIÓN Y PERTINENCIA DE LA PROPUESTA

La problemática adolescente que se desarrolla en la comunidad educativa del Distrito de Avellaneda, Lanús y Quilmes, sobrepasa las posibilidades de contención de los educadores y de los integrantes de los gabinetes psicopedagógicos que funcionan en las distintas escuelas medias de la región urbana y conurbana sur (Avellaneda, Wilde, Banfield, Temperley, Villa Dominico, Valentín Alsina, Monte Chingolo, Dock Sur, Gerli, etc). Por otro lado, a dicha población escolar, se le agrega la perteneciente a las escuelas 500 que albergan alumnos con graves problemas de aprendizaje, de conducta y/o alguna deficiencia mental. Dados los múltiples conflictos que este grupo plantea en la tarea de adaptación e inserción psicosocial, el personal que los asiste (docentes, asistentes sociales y educacionales) requiere capacitación, apoyo, orientación, información y asistencia técnica que el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes brinda. En este sentido, se han realizado grupos de capacitación para EDIA (Equipo Distrital de Infancia y Adolescencia), dependiente de la Dirección de Psicología de los distintos distritos que atienden situaciones escolares que requieren asistencia psicológica e institucional en crisis. Debido a las situaciones estresantes que debieron afrontar estos grupos, en el año 2003 la Dirección de Psicología pidió a la Directora del Programa un trabajo de capacitación y contención emocional especializada que se extendió a lo largo de todo ese año. Asimismo, se realizan en forma permanente entrevistas individuales y grupales a docentes, asistentes sociales y educacionales de los Distritos de Avellaneda, Lanús y Quilmes, así como también a los psicólogos y asistentes sociales, pertenecientes a los Juzgados de Menores y de Familia de Lomas de Zamora, que han requerido asesoramiento.

Un tema de especial interés y preocupación en el ámbito escolar es la problemática biopsicosocial que presenta la adolescencia temprana (13 a 15 años) correspondiente al 3º ciclo EGB detectada en las actividades de prevención así como los conflictos que este grupo genera. A las conductas de desajuste conductual, se le han sumado:

- 1- Las dificultades (espaciales, organizativas, de integración etárea, etc.) en la implementación del 3º ciclo del sistema de Educación General Básica (E.G.B)
- 2- La prolongación hasta 9º año de la escolaridad primaria obligatoria. Ello ha dejado a las instituciones escolares con la responsabilidad de sostener y dar respuesta a aquellas conflictivas adolescentes que en años anteriores quedaban fuera de la red educativa obligatoria, y con ello fuera de su ámbito de injerencia.
- 3- La relación de este adolescente con el medio socioeconómico-familiar de alto riesgo en el que vive. Se trata

de familias con desajustes sociales graves tales como alto índice de desintegración familiar, uniparentalidad, psicopatologías severas como depresiones graves, psicosis y/o deficiencias mentales así como patologías psicosociales como desocupación, alcoholismo, violencia familiar, delincuencia, criminalidad, abuso físico y sexual, intentos e ideaciones suicidas, trastornos de alimentación, traumas tempranos y situaciones traumáticas actuales, etc.

- 4- La dificultad de absorber las derivaciones de los casos detectados en las actividades de prevención en esta franja etárea por los Servicios de Psicopatología de los hospitales de la zona.
- 5- El requerimiento de los Juzgados de Menores de asistencia psicológica de adolescentes transgresores de alta peligrosidad mayores de 13 años, imposibles de absorber por la mayoría de los servicios de atención psicológica de la zona.

Como consecuencia de lo expuesto y dada la enorme afluencia de pedidos de las escuelas que requerían tareas de prevención de la violencia, es que se hizo pertinente y necesaria la implementación de estas actividades en el 3° ciclo EGB dependientes del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA

6) DESARROLLO DEL PROYECTO

6.1) OBJETIVOS

El **Objetivo General** es optimizar la posibilidad de creación y mantenimiento de redes comunitarias que asistan a la población adolescente de riesgo y su familia y prevengan conductas de desajuste familiar, social y educacional (conductas transgresoras violentas, suicidas y autodestructivas)

Los **Objetivos Específicos** son: **1)** Realizar estudios epidemiológicos de la población escolar que orienten la prevención hacia *los puntos de urgencia específicos* de las escuelas del Distrito de Avellaneda y zonas aledañas, tales como Violencia familiar, escolar y comunitaria, Abuso físico y sexual del niño y el adolescente, Abandono parental del niño y el adolescente, Enfermedades de transmisión sexual, Depresión adolescente, Trastornos de la conducta alimentaria, etc., **2)** Capacitar a los docentes para la resolución de conflictos áulicos que eviten la deserción escolar y la expulsión del sistema educacional a ámbitos de alto riesgo social, **3)** Maximizar las posibilidades de desarrollo de las aptitudes del adolescente, **4)** Establecer redes de contención institucional y escolar con las escuelas y autoridades del distrito de Avellaneda y zonas aledañas así como con los profesionales de salud mental que trabajan en ellas (Dirección de Psicología, orientadores sociales y educacionales de las escuelas).

Los **Objetivos de esta presentación** son: 1) Mostrar la experiencia realizada por la Unidad de Violencia y los resultados epidemiológicos obtenidos sobre la exposición a la violencia comunitaria en adolescentes tempranos

y 2) Comparar los resultados de esta muestra no clínica con una muestra clínica de adolescentes tempranos (n=78) consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes.

6.2) METODOLOGÍA

La **Población** estuvo conformada por adolescentes tempranos que concurren al 3° ciclo EGB (7°, 8° y 9° año) de las escuelas públicas del Distrito de Avellaneda y zonas aledañas (Lanús, Quilmes, Wilde, Banfield, etc)

La **Muestra no clínica** se compuso de 428 adolescentes de 7°, 8° y 9° año EGB, de los cuales 222 son varones y 206 mujeres. La media de edad fue 13,38, con edad cronológica entre 12 y 17 años.

La **Muestra clínica** se compuso de 78 adolescentes tempranos consultantes al Programa. La media de edad fue 14,2 con edad cronológica entre 13 y 15 años.

El **Instrumento** utilizado fue el Cuestionario Exposición a la Violencia Comunitaria (Richters & Martinez, 1993; modificado por Osofsky, 1995; Zeanah, 1996, traducido y adaptado por Quiroga, S., 2001). El mismo consta de 50 ítems, calificados como Verdadero-Falso, que permite conocer varias clases de violencia y situaciones relacionadas con la misma que los adolescentes han visto, oído o experimentado en la vida real. Se exploran los hechos y/o situaciones de violencia sufridos por los adolescentes, ya sea como testigos o como actores en la comunidad en la que viven. Antes de administrar el cuestionario se aclara que no deben incluir en sus respuestas aquellas situaciones que hayan visto u oído en los medios de comunicación, ya sea en la televisión, la radio, los noticieros y aún en las películas.

Con respecto al **Diseño de la estrategia de intervención**, el dispositivo de prevención incluye la visita a escuelas del Distrito de Avellaneda y zonas aledañas. En las mismas, se realizan en primer lugar, entrevistas con los directores, asistentes educacionales y sociales acerca de las problemáticas más frecuentes en cada institución. Una vez acordado con los directivos de la institución cuáles son las urgencias de intervención requeridas por los mismos, se procede a realizar una intervención específica previamente planificada en el área de prevención del Programa. El paso siguiente consiste en la intervención áulica, que incluye a los diferentes actores de la comunidad educativa: docentes, profesores especiales y alumnos. Las herramientas utilizadas consisten en charlas de prevención para los alumnos, organizadas con material gráfico ilustrativo preparado previamente por el equipo de la Unidad de Violencia. Para ello se han construido diferentes Rotafolios con la información pertinente y adecuada al nivel de los alumnos a los cuales está destinada la prevención. Los mismos fueron construidos en base a ciertos criterios del DSMIV como guía de aquellos trastornos que coinciden con la preocupación de los directivos de cada escuela (por ejemplo, en esta presentación lo relativo al Trastorno Negativista Desafiante y al Trastorno Disocial). El lenguaje del Manual es traducido a un discurso comprensible, acorde con la edad y el desarrollo

cognitivo y emocional de los adolescentes con los que se va a realizar la experiencia para lo cual se incluyen diferentes lenguajes discursivos que comprenden lo visual y lo verbal. El primero consta de imágenes extraídas de Internet, recortes de revistas alusivos, fotografías de periódicos, dibujos realizados en forma anónima por alumnos de otras escuelas durante otras intervenciones de prevención. Dentro del discurso verbal se incluyen palabras clave o frases con profundo impacto emocional, ya sea positivo o negativo. Por otra parte, se promueve la interacción del equipo con los alumnos que apunte a promover el diálogo y la consulta abierta acerca de las dudas o inquietudes referidas al tema propuesto así como relatar experiencias personales que pudieran surgir. El tiempo de duración de la intervención es variable según los grupos y oscila entre una hora y media y dos horas. En los casos en que se considera necesario se realiza una segunda intervención. Luego de la intervención áulica grupal, se realiza un taller con los docentes para que expresen sus opiniones y nuevas propuestas de intervención.

Esta intervención finaliza con la administración del cuestionario objetivo mencionado que nos permite realizar estudios epidemiológicos sobre el grado y tipo de violencia en esa población escolar. Por último, se realiza un informe de devolución a las autoridades del establecimiento. Según las experiencias realizadas, pudimos observar que en este momento se producen ciertas reacciones que suelen seguir una secuencia emocional: negación del porcentaje de patología encontrada, disminución de la gravedad de la misma y desesperanza acerca de la posibilidad de mejora de esas patologías, es decir, que en algunos casos suelen minimizar o desestimar la gravedad de los hallazgos. Es por ello, que este momento resulta de fundamental importancia la continuación de los talleres con los docentes que permita la elaboración de las situaciones de riesgo y de muerte a las que esta población está expuesta. De acuerdo a las características de la institución educativa, se define la línea de trabajo a seguir, que puede ser un acercamiento de trabajo interdisciplinario y enriquecedor al Programa con nuevas intervenciones institucionales de prevención primaria o intervenciones asistenciales en los casos en que fuere necesario tratamiento grupal, familiar y/o vincular. En otros casos, es posible que se produzca una interrupción de la interacción donde la experiencia queda concluida momentáneamente.

6.3) RESULTADOS

En esta oportunidad, se presentan los resultados del cuestionario *Exposición a la Violencia Comunitaria* administrado en la intervención preventiva de la Unidad de Violencia del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, provenientes de tres escuelas públicas del Distrito de Avellaneda.

El análisis cuantitativo de los ítemes arrojó los siguientes resultados:

- 17 ítemes entre los 50 posibles fue el promedio de los sucesos de violencia (cualesquiera fueran) elegidos

como "Verdadero" por los 428 alumnos que conformaron la muestra. Esto significa que un 30% de los hechos y/o situaciones de violencia enunciados en el cuestionario fueron sufridos por los adolescentes en la comunidad en la que viven, ya sea como testigos o como actores.

Al realizar un análisis de corte de las elecciones realizadas por la muestra, se observó que:

- El 56 % vió, oyó o experimentó entre 10 y 15 hechos de violencia
- El 40 % vió, oyó o experimentó entre 15 y 20 hechos de violencia
- El 10 % vió, oyó o experimentó 30 o más hechos de violencia

Al analizar cualitativamente los ítemes elegidos por la muestra, se seleccionaron aquellos señalados por alrededor del 50 % de la población.

Con respecto a aquellos sucesos en que fueron testigos presenciales directos, los de mayor frecuencia fueron: **1)** Ví cuando la policía se llevó o arrestó a alguien por la fuerza (n=249; 58.2%); **2)** Ví a alguien en un accidente serio donde pensé que alguien podía resultar gravemente herido o podía morir (n=225; 52.6%); **3)** Ví cuando golpeaban o atacaban a alguien para robarle (n=211; 49.3%); **4)** Ví a otras personas usar, vender o ayudar a distribuir drogas (n=205; 47.9%); **5)** Ví a alguien que llevaba, apuntaba con un arma o tenía una navaja (sin incluir policía, militar o guardia de seguridad) (n=205; 47.9%)

Con respecto a los sucesos de violencia narrados por terceras personas conocidas, sin haber sido testigos presenciales directos, los porcentajes fueron los siguientes: **1)** Conozco a una persona que la hirieron de bala (n=249; 58.2%); **2)** Conozco a una persona que estuvo en un accidente serio donde pensé que alguien podía resultar gravemente herido o morir (n=238; 55.6%); **3)** Conozco a alguien que golpearon o atacaron para robarle (n=234; 54.7%); **4)** Conocí a una persona que la mataron (n=232; 54.2%); **5)** Conozco a una persona que fue llevada por la fuerza o arrestada por la policía (n=231; 54%); **6)** Conozco a alguien que fue cacheteado o golpeado por algún miembro de la familia (n=221; 51.6%); **7)** Conozco a una persona que fue perseguida por patotas o chicos más grandes (n=218; 50.9%); **8)** Conozco a alguien que fue cacheteado o golpeado por alguien que no es de su familia (n=205; 47.9%).

Estos datos muestran que el 38% de los ítemes seleccionados con mayor frecuencia en la muestra no clínica se refieren a hechos "presenciados visualmente". En cambio, el 62% de los ítemes seleccionados se refieren al "conocimiento" de los hechos.

Al comparar los resultados de este mismo cuestionario con una muestra de población clínica consultante al Programa (n=78), observamos un aumento entre el 7 y el 14% de exposición a la violencia en esta última población en los ítemes señalados por ambas (Quiroga, S., Cryan, G., 2005).

A continuación se presenta una tabla comparativa, en la que se muestran los porcentajes de aquellos ítemes elegidos con mayor frecuencia en ambas muestras. (ver Tabla)

Estos porcentajes demuestran que el contexto de violencia comunitaria en el cual conviven estos adolescentes es de alto riesgo psicosocial en ambas poblaciones. Se encontraron altos porcentajes que señalan ataques violentos hacia otros, tales como arrestos realizados por la policía, tráfico y/o consumo de drogas, portación de armas y robos.

7) CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda la violencia como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo y destaca no sólo a los millones de personas que resultan heridas a consecuencia de la violencia sino también a aquellas personas que sufren problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia es considerada por esta organización como una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años.

En el área de Asistencia del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, hemos corroborado el alto índice de vulnerabilidad a la violencia familiar, escolar y urbana así como el predominio de conductas de desajuste familiar, educacional y social tales como conductas transgresoras violentas y autodestructivas e ideaciones e intentos suicidas (Quiroga, S., Levy, M., 2000; Quiroga, S., Emborg, P., González, M., P. Caputo, M.C, Fernández, G., 2002; Quiroga, S., Nievas, E., Domínguez, M., González, M., Emborg, P., 2003; Quiroga, S., Piccini, M., Vega, V., Paradiso, L., Cryan, G., Nievas, E., 2003; Quiroga, S., González, M., Pérez Caputo, M.C., 2004; Quiroga, S., Cryan, G., 2005).

Por otra parte, los resultados de esta investigación realizada en el área de Prevención de la Unidad de Violencia muestran el alto porcentaje de sucesos traumáticos sufridos por esta franja etárea. Los mismos incluyen ataques violentos hacia otros, en su mayoría arrestos realizados por la policía, tráfico y/o consumo de drogas, portación de armas y robos. Estos datos demuestran el alto riesgo de muerte y/o autodestrucción al que se encuentran expuestos estos adolescentes y corroboran la alta *vulnerabilidad psicosocial y comunitaria* que predomina en esta población y su contexto.

Al analizar cualitativamente los ítemes del cuestionario, se encontró la prevalencia de aquellos que contenían el verbo “ver” o “conocer”, elección que favorece la proyección en el otro de los sucesos traumáticos acaecidos sobre sí. De acuerdo con estudios de especialistas que investigan la psicología y psicopatología del desarrollo y las consecuencias de los traumas tempranos y las neurosis traumáticas, se infieren dos cuestiones con respecto a este punto. La primera se relaciona con la

escasa capacidad de comprensión y elaboración de los traumas de un adolescente temprano cuyo grado de mentalización se manifiesta en el uso de mecanismos de defensa tales como la desmentida y la desestima familiar, vincular e individual, esperable para esta etapa. (Quiroga, S., 1994, 1997, 2001). La segunda se basa en los estudios sobre las consecuencias del trauma sufrido pasivamente, ya sea en edad temprana y/o situaciones traumáticas actuales, y la posibilidad que tienen de ser recordados y/o elaborados (Maldavsky, D., 1994; Krystal, H., 1988). En esta muestra, no se encontraron ítemes referidos a sucesos sufridos; la única referencia a un ataque directo al propio cuerpo fue encontrada en la muestra clínica, en la cual el 61.5 % manifestó haber sido golpeado por una persona de su familia.

A partir de los resultados obtenidos, consideramos que es de fundamental importancia realizar intervenciones de *Prevención Primaria* específicamente en la adolescencia temprana que es la franja etárea que presenta mayor exposición real a los traumas y menores recursos psíquicos para afrontarlos, por lo cual dicha situación aumenta la vulnerabilidad biopsicosocial.

De acuerdo con Caplan, (1961), Silber, E., et.al, (1961); Martín, E. (1993), la prevención debe ser un proceso activo que desarrolla iniciativas que apunten a modificar conductas familiares, escolares, comunitarias y de relaciones sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de los actores y que aumente la resistencia al proceso de enfermar pasivo de estos adolescentes. Con Robirosa, M., Cardarelli, G, Lapalma, A. (1990) coincidimos con la propuesta de una coordinación de actividades conjuntas entre agentes de la salud e instituciones escolares, judiciales y comunitarias que puedan actuar como facilitadoras de articulaciones entre los actores involucrados. La finalidad de esta coordinación es lograr una eficacia operativa en torno de un proyecto concreto que permita efectivizar compromisos de participación intersectorial. Estos compromisos deberán fundarse en un acuerdo real respecto de objetivos comunes y de los roles que cada actor deberá cumplir durante el proceso de implementación del proyecto.

Como plantea Caplan, así como una estructura social adecuada en una sociedad relativamente estable proporciona oportunidades para un desarrollo saludable, la situación contraria “como pertenecer a un grupo en situación desventajosa”, desvía, bloquea o interfiere al sujeto en el progreso y las posibles oportunidades sociales y ejercerá también un efecto negativo en la salud mental.

En síntesis, consideramos que la creación y el mantenimiento de *redes comunitarias* de interacciones cooperativas para la población adolescente en riesgo y su familia así como las actividades de *Prevención Primaria* constituyen un dispositivo óptimo para evitar, disminuir o reducir el impacto traumático y las consecuencias negativas de la fragmentación, disociación y destrucción de vínculos saludables tanto a nivel individual como social.

TABLA

Items	Muestra no clínica %	Muestra clínica %
Ví cuando la policía se llevó o arrestó a alguien por la fuerza	58.2	65.3
Conozco a alguien que golpearon o atacaron para robarle	54.7	61.5
Conozco a una persona que fue llevada por la fuerza o arrestada por la policía	54	69.2
Ví a otras personas usar, vender o ayudar a distribuir drogas	47.9	61.5
Ví a alguien que llevaba, apuntaba con un arma o tenía una navaja (sin incluir policía, militar o guardia de seguridad)	47.9	57.6
Conozco a alguien que fue cacheteado o golpeado por alguien que no es de su familia	47.9	61.5

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA) (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington, DC: Author
- Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options (1996) *Investing in health research and development*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud- OMS (document TDR/GEN/96.1).
- Calafat, A. (1995). *Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos*. E. Becoña, A. Rodrigues e I. Salazar. Drogodependencias. 4. Prevención: 75-103. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Caplan, G. (1961) *An approach to community mental health*. Nueva York. Grune and Straton
- Caplan, G. (1966) Principios de psiquiatría preventiva, Editorial Paidós
- Cole y col. (1993), en Mendez, F (1999) "Drogadicción y Prevención familiar: una política para Europa", *Adicciones*, vol.11, Nº 3, pp. 193-200
- Corsi, J., Peyrú, G (2003) *Violencias sociales*, Editorial Ariel, Buenos Aires
- Dahlberg LL, Potter LB. (2001) Youth violence: developmental pathways and prevention challenges. *American Journal of Preventive Medicine* 20(1S):3-14.
- Freud, S. (1950 a -1887-1902) "Proyecto de una psicología para neurólogos", *Obras Completas*. AE, vol 1
- Gordon R. (1987). *An operational classification of disease prevention*. In: Steinberg J.A., and Silverman M.M.. Eds. Preventing Mental Disorders. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Kosterman, R.; Abbott, R.; and Hill, K.G. (1996) "Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood". *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153:226-234, 1999.
- Krystal, H. (1988) *The integration and self-healing. Affect-Trauma-Alexithymia* The Analytic Press, New Jersey
- Kumpfer, K.L.; DeMarsh, J.P.; & Child, W. (1989). *Strengthening families program: Children's skills training curriculum manual, parent training manual, children's skill training manual, and family skills training manual (Prevention Services to Children of Substance-abusing Parents)*. Social Research Institute, Graduate School of Social Work, University of Utah.
- Maldavsky, D. (1994) *Pesadillas en Vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*. Amorrortu Edts.
- Martín E. (1993) "La prevención en España hoy: Propuesta de consenso institucional, técnico y social". En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.) *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 67-84). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Mercy, J., Butchart, A., Farrington, D., Cerdá, M. (2002) La violencia juvenil en *Primer Informe sobre la violencia y la salud*, Organización Mundial de la Salud- OMS
- Molgaand, V. y Kumpfer, K.L. (1995) *The Iowa Strengthening Families Program for Families with Pre and early teens*, Iowa State University, Ames IA
- Osofsky, J. (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, V. 50, No. 9, p. 786.
- Ovalles, E. (2005). Centro de Estudios Nueva Mayoría, www.nuevamayoria.com
- Quiroga, S. E. (1994). *Patologías de la autodestrucción*. Editorial Publikar, Bs. As.
- Quiroga, S.E. (1997) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Editorial Eudeba, Buenos Aires
- Quiroga, S., Levy, M. (2000) "Evaluación de la Alexitimia en Adolescentes en zona de riesgo. Afecto y ausencia de palabras". *II Latin American Research Congress. FEPAL - IPA (International Psychoanalytical Association)*. Tema del Congreso: "Cambio psíquico. Criterios de evaluación" Gramado (Brasil)
- Quiroga, S., Belcaguy, M. (2001) *Adolescencia: ¿Crecimiento o autodestrucción?* JVE Ediciones. Buenos Aires
- Quiroga, S. (2001). *Adaptación y validación del Cuestionario Exposición a la Violencia Comunitaria Versión preliminar para la Argentina* (Proyecto UBACyT 2001-2003). Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, UBA.
- Quiroga, S. E., Emborg, P; González, M; Pérez Caputo, M.C.; Fernández, G. (2002) "Manifestaciones de la lógica de la adolescencia temprana a través de la Escala PERI". *IX Jornadas de Investigación: "Presente y Futuro de la Investigación en Psicología"*. Facultad de Psicología de la UBA.
- Quiroga, S., Nievas, E; Domínguez, M; González, M; Emborg, P. (2003) "Sucesos traumáticos en la adolescencia temprana. Presencia e intensidad del hecho traumático en tres poblaciones con diferentes grados de vulnerabilidad psicosocial". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Tomo I, págs. 88-90. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Quiroga, S, Piccini, M, Vega, V, Paradiso, L, Cryan, G, Nievas, E. (2003) "Prevención, Asistencia e Investigación en un Servicio de Psicología Clínica para Adolescentes con Patologías de la Autodestrucción". VII Jornadas Nacionales de Prevención del Suicidio. V Jornada de Suicidología del Mercosur. III Encuentro Nacional Universitario sobre Suicidio Adolescente. I Jornadas Provinciales de Prevención del Suicidio. 10 y 11 de octubre de 2003
- Quiroga, S., González, M, Pérez Caputo, M.C (2004) "Una aproximación al problema de la adherencia al tratamiento con adolescentes vulnerables". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Tomo I, págs. 43-44. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S.; Cryan, G., (2004) "Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas". *Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. y Cryan, G (2005) "Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial" *Memorias de las XII Jornadas de Investigación: "Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional"* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Reza A, Krug EG, Mercy JA. (2001) Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention* 7:104-111.
- Ritchers, J.E., & Martinez, P. (1993). The NIH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-2
- Robirosa, M.; Cardarelli, G., y La Palma, A. I. (1990): *Turbulencia y Planificación social. Lineamientos metodológicos de gestión de proyectos sociales desde el Estado. 1.a ed., Unicef Argentina, 142 pp.*
- Silber, E.; Hamburg, D.; Coelho, G., Murphy, E.; Rosenberg, M.; y Pearlin, L. (1961) *Adaptive behavior in competent adolescents-Coping with the anticipation of college* Arch. Gen. Psychiat 5, pp 354-365 (a)
- Youth violence: a report of the Surgeon General*. (2001) Washington, D.C., United States Department of Health and Human Services.
- Zeanah, C.H., (1996). Beyond Insecurity: A Reconceptualization of Clinical Disorders of Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 42-52

Fecha de recepción: 19 de diciembre de 2005
Fecha de aceptación: 22 de mayo de 2006