

# LA COMPRENSIÓN DE LAS FAMILIAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEPENDIENTES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL OESTE DE PARANÁ-HUOP

DIUSLENE RODRIGUES FABRIS\*  
INDIANA ZANCHETTI\*\*

## RESUMEN

Investigación realizada durante la realización de la práctica supervisada en Servicio Social I y II, en el Hospital Universitario del Oeste de Paraná - HUOP en el municipio de Cascavel, relata el acompañamiento de las atenciones en el sector de Psiquiatría, en especial a las familias de los niños y adolescentes internados. Trae como directriz de la discusión el nuevo modelo de atención en salud mental, insertado en el SUS a partir de la Ley 10.216/2001, la cual propone una red de atendimiento que va de la prevención al tratamiento de emergencia, y cuyo paciente, entre ellos el dependiente de sustancia psicoactiva, dejó de ser aislado de la sociedad para ser tratado en la comunidad de origen. Este trabajo se propone verificar cuál es la representación social que las familias tienen en relación al paciente dependiente de sustancias psicoactivas, y la sustancia química.

### Palabras clave

Familia, Representación social, Dependencia química.

## ABSTRACT

Research conducted during the course of supervised internship in Social Work I and II, University Hospital of Paraná - HUOP in Cascavel, monitoring reports on attendance at the Psychiatry sector, especially the families care for children and adolescents admitted. Brings as a guiding thread of the new model of mental health care, inserted into the SUS from 10.216/2001 Law, which proposes a network of services ranging from prevention to emergency treatment, and whose patient, including the dependent psychoactive substance, is no longer isolated from the society to be treated in the community of origin. This work aims to verify that the social representation that families have in relation to patients dependent on psychoactive substances, and chemical.

### Keywords

Family, Social representation, Chemical dependency.

**Recibido:** 8 de agosto de 2014

**Aceptado:** 8 de octubre de 2014

\* Licenciada en Servicio Social por la Universidad Estadual del Oeste de Paraná (UNIOESTE), pos-graduada en Políticas Sociales y Servicio Social por la Universidad de Brasilia (UNB), Máster en Lenguaje y Sociedad por la Universidad Estadual del Oeste de Paraná (UNIOESTE/Cascavel), Profesora Asistente C en el Colegiado de Servicio Social de la UNIOESTE/Campus de Toledo. Doctoranda del Programa de Pos-Graduación Stricto Sensu en Desarrollo Regional y Agronegocio/UNIOESTE-PGDRA. diuslene.fabris@hotmail.com

\*\* Asistente Social egresada de la graduación del Curso de Servicio Social de la Universidad Estadual del Oeste de Paraná-UNIOESTE.

## Introducción

Además de los manicomios psiquiátricos, la Reforma Psiquiátrica encuentra otros desafíos, como, el de la omisión de la salud pública brasileña en el direccionamiento de las políticas de salud mental para la infancia y adolescencia. Esta omisión posibilitó que la red de asistencia a los niños y adolescentes fuese fundada por instituciones filantrópicas y privadas, con fuerte componente tutelar. Esta red estaba basada en liceos, albergos, escuelas especiales, institutos para deficientes mentales y clínicas para autistas.

Este modo de atención al niño y adolescente se volcó en las capas pobres por el hecho de que, hasta el fin de la década de 70, eran concebidas como “bandidos en potencial”, y la responsabilidad por la resolución de la situación era atribuida exclusivamente a la familia. Esta, debido a las condiciones precarias de vida, era considerada incapaz de promover el debido desarrollo de los niños. De esta forma, se consideraba que si los niños fuesen alejados de sus hogares, por medio de la institucionalización, las situaciones de riesgo asociadas a la pobreza serían prevenidas (Brasil, 2008).

Hasta fines de la década de 80 el instrumento jurídico que sería como norte las prácticas sociales en el abordaje a niños y adolescentes era el Código de Menores, en la versión de 1979, este tenía un carácter arbitrario y

adoptaba la noción de “menor en situación irregular y de peligrosidad” lo que legitimaba el mandado judicial de reclusión.

La movilización iniciada en 1980 se consolidó en la Constitución de 1988 que prevé y propone políticas y acciones especiales con vistas a la garantía de derechos a la infancia y a la adolescencia. De esta forma, en los años 90, fue creado el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA-Ley 8069/90), que prevé su defensa y protección, mientras personas con derechos: físicos, intelectuales, emocionales, morales, espirituales y sociales.

El cambio en el concepto y en el abordaje de niños y adolescentes fue de crucial importancia para, juntamente con el movimiento de la Reforma Sanitaria, cambiar el modelo de atención a la salud mental de estos.

Así, la expansión y la consolidación de la red de Centros de Atención Psicossocial Infantil –CAPSi– se revela fundamental para los cambios en los paradigmas de asistencia.

Pero señala Fabris (2010), que la perspectiva de las políticas públicas del siglo XXI, al fijar sus parámetros en torno del grupo familiar, desconsidera que estas estuvieron por mucho tiempo a la orilla de diversos procesos y conquistas de la sociedad, especialmente en lo que se refiere al campo del Derecho Social y de la participa-

ción, quedando sujetas a una acción estatal puntual, selectiva, clientelista y asistencialista que históricamente privilegió en su acción los grupos política y económicamente más expresivos.

Para la misma autora cabe resaltar, que históricamente las familias fueron siendo gradualmente alejadas de los pacientes psiquiátricos. Sin embargo, a partir de la Segunda Gran Guerra, ya en el siglo XX, fueron implantadas diversas políticas de desinstitucionalización del tratamiento psiquiátrico. Estas medidas trajeron a los familiares la posibilidad de la convivencia y acercamiento con el paciente psiquiátrico, abriendo espacio para el cuidado en familia.

Sin embargo, se sabe que cuando el asunto es el paciente dependiente químico o con trastorno mental se debe llevar en cuenta que:

[...], la idea de que la familia es quien va a cuidar de la persona que, a pesar de no necesitar estar institucionalizada aún necesita de cuidados, debería ser analizada de ángulos diversos. En cada caso, ¿cuáles son las condiciones de la familia para adherir y colaborar con su tratamiento? ¿Cómo el abordaje psicosocial podría contribuir para dinamizar esas condiciones? (Afonso, 2001, p. 35).

En este sentido Fabris (2011), afirma que, a pesar de la relevancia que el

contexto familiar representa ya sea en el ámbito natural o aquel impetrado por las expectativas del conjunto de organizaciones productivas y reproductivas, es necesario tener claro que esta tiene también sus complejidades y fragilidades, no estando en condiciones para constituirse como “el mejor o único espacio de cuidado” para estos sujetos.

### **1. Familia, cotidiano y la inserción de las drogas**

Hablar en familia en este comienzo del siglo XXI implica comprender los cambios profundos en el interior de la sociedad que comportan patrones difusos de relacionamientos, tornándose cada vez más difícil la definición de sus contornos.

Desde el punto de vista sociológico y antropológico, la primera concepción de familia es aquella que relaciona los lazos familiares a la consanguinidad, estas son llamadas Familias Consanguíneas.

En la contemporaneidad el modelo familiar más difundido es el modelo conocido como familia nuclear, burguesa, o familia conyugal moderna, que se caracteriza, principalmente, por la composición madre, padre e hijos y coexiste por medio de lazos de alianza y de consanguinidad.

Sin embargo, los cambios pasan a evidenciarse principalmente a partir de los años 90, y según Miotto, Silva,

Silva (2007) se destaca la creciente y marcada presencia de las mujeres en los espacios públicos. Las discusiones sobre feminismo, desigualdad y derechos de la mujer, bien como los cambios en el mundo del trabajo, exigen de hombres y mujeres un mayor tiempo dedicado al trabajo; se reflejó en el aumento del número de separaciones y divorcios, juntamente con la reducción en la tasa de fecundidad y otra gama de arreglos familiares que incluyen familias recompuestas y familias compuestas por parejas homosexuales.

Delante de esta variedad de arreglos familiares, este trabajo sigue un concepto definido de familia, pero la considera de la siguiente forma:

[...] como una institución social construida por la cultura, por el movimiento de la historia y las relaciones socioeconómicas de la sociedad. Así, la familia contiene las determinaciones más generales de la sociedad en la cual está inserta y, por eso, está en permanente proceso de cambios, expresando, en su interior, el dinamismo de la sociedad, al mismo tiempo en que, también, provoca nuevas alteraciones en las relaciones culturales y socio-jurídicas (Miotto, Silva, Silva, 2007, p. 200).

Así, la familia, como parte de otros grupos, reproduce en su interior las representaciones corrientes en la sociedad. Esas representaciones se de-

sarrollan con el objetivo de explicar lo real, y nacen a partir de intereses de grupos o fracciones de clase según sus intereses. Una representación puede surgir de un individuo, pero, necesariamente, se expande para lo colectivo.

El nacimiento y el desarrollo, bien como los movimientos de descomposición y recomposición entre representaciones, que ocurren en el interior de los núcleos representativos, están vinculados a factores externos al mundo de las representaciones. Una representación se fortalece o es debilitada de acuerdo con demandas generadas en el campo de las relaciones socio-históricas (Almeida, 2001, p. 30).

Las representaciones interfieren en la realidad de los individuos, de las clases sociales y de los grupos dificultando, muchas veces, la ocurrencia de cambios. Eso se da por el hecho de que, las representaciones elaboran explicaciones parciales de la realidad, omitiendo algunos hechos y evidenciando otros, con el objetivo de justificar o condenar actitudes o conductas, disimulando, así, las contradicciones presentes en la realidad (Almeida, 2001).

La superación de una representación no es algo fácil, pues involucra tanto lo individual como lo colectivo, por eso debe ser superada tanto por el individuo como por el conjunto de la sociedad. Además de eso, para superar-

la, es necesario conocerla, saber cómo nace, se desarrolla y se manifiesta. “La superación de una representación depende también de condiciones históricas que la viabilicen. Así, antes de pretender superarlas, es fundamental que se aprenda a convivir con ellas” (Almeida, 2001, p. 24).

Una representación, siempre está vinculada a un núcleo representativo, siendo la familia uno de esos núcleos. Y en el caso de la dependencia química eso se vuelve claro, pues el núcleo familiar influencia de forma constante la vida de los individuos, pudiendo auxiliar o perjudicar el tratamiento de las personas dependientes de sustancias psicoactivas. Así, el presente trabajo buscó comprender, la representación que la familia, de modo general, ejerce sobre el familiar dependiente químico.

## **2. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario del Oeste de Paraná-Huop y la atención a los niños y adolescentes dependientes químicos: un espacio para investigación**

La investigación fue realizada en el Hospital Universitario del Oeste de Paraná (HUOP), más específicamente en el Sector de Psiquiatría del hospital, instituido en el año de 2007. El hospital está localizado en la ciudad de Cascavel, PR., y es el mayor hospital público de la región este y sudeste de Paraná, atendiendo una población de cerca de 2 millones de habitantes. Es también el único hospital general

de la región que cuenta con un ala destinada a personas dependientes de sustancias psicoactivas, recibiendo pacientes de diversas regiones y municipios del Estado.

El Sector de Psiquiatría del HUOP funciona 24 horas, durante los siete días de la semana, y tiene como objetivo: prestar asistencia a los niños y adolescentes en las siguientes situaciones: cuadros de abuso, síndrome de dependencia y otras complicaciones psiquiátricas advenidas del consumo de SPA; dar soporte a demanda asistencial caracterizada por situaciones de urgencia/emergencia decurrentes del consumo o abstinencia de alcohol y/u otras drogas, advenidas de la red de los Centros de Atención Psicosocial para la Atención a Usuarios de Alcohol y otras Drogas (CAPSad) y de la red básica de cuidados de salud (CRE y PAC I); ofrecer soporte hospitalario, por medio de hospitalizaciones de corta duración para usuarios de alcohol y u otras drogas. Las situaciones asistenciales para las cuales los recursos extra-hospitalarios disponibles no hayan obtenido la debida resolución o aún en casos de necesidad inmediata de intervención en ambiente hospitalario, siempre respetadas las determinaciones de la Ley N° 10.216 y siempre acogiendo los pacientes en régimen de cortísima y corta permanencia, conforme portaría 1612/2005; ofrecer abordaje, soporte y encaminamiento adecuado a los usuarios que, mediante evaluación general, evidencien indicativos de ocurrencia

de comorbilidades de orden clínico y/o psíquico decurrente del uso abusivo de SPA. (Conforme consta en el Reglamento del Ala Psiquiátrica del Hospital Universitario del Este de Paraná, 2007).

Como instrumental se utilizó la investigación cuanti/cualitativa exploratoria, a través de entrevistas semi-estructuradas con las familias de los niños y adolescentes que se encontraban internadas en el ala psiquiátrica del hospital, e investigación bibliográfica.

Las entrevistas fueron realizadas, individualmente, antes o después de las reuniones semanales que el Servicio Social realiza con miembros de las familias de los niños y adolescentes internados en la psiquiatría. Las familias fueron previamente consultadas e informadas sobre la investigación, sobre los objetivos a ser atendidos y sobre cómo se daría la entrevista, bien como sus debidos derechos, esclarecidos por medio del Término de Compromiso Libre y Esclarecido.

El universo de la investigación consistió en la totalidad de la población integrante del grupo social donde se realizó la investigación. Siendo así, el universo de la investigación fueron las familias de niños y adolescentes internados en el ala psiquiátrica del HUOP, con un promedio de nueve familias por mes. Como la investigación de campo fue realizada durante tres meses el universo fue de 27 familias.

Como el Servicio Social no tiene contacto con todas las familias de los internos, se estableció una muestra probabilística estratificada que consiste, según Marsiglia (2000), en subdividir los individuos del universo de acuerdo con características que faciliten la investigación. De esta forma, las familias del universo fueron divididas en dos grupos: las que participan de las reuniones con la asistente social y las que no participan. La muestra comprendió el grupo de familias que participó de las reuniones con la asistente social. Por ser un grupo de número variable de participantes, se estimó, inicialmente, una muestra de 20 familias, cuyos seleccionados para la entrevista fueron elegidos a través de libre manifestación e interés, tras exposición de la investigación acerca del proyecto. Pero, durante el período de la realización de la investigación no se alcanzó el número de familias estimado, por eso se dio con 14 familias participantes de la reunión con la asistente social.

La elección de ese grupo de personas se dio por el hecho de que al participar de las reuniones están dispuestas a conversar y dar sus opiniones, y además en el contexto de esa actividad se volvió más fácil abordarlas para la realización de las entrevistas.

La colecta de datos solo fue iniciada tras la autorización del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Unioeste, y con la debida autorización de los entrevistados, a

través del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Este procedimiento también tiene respaldo en el Código de Ética Profesional del Asistente Social, constando en el Título III capítulo I – De las relaciones con los usuarios. Se resalta que la muestra está compuesta apenas con responsables de niños y adolescentes, siendo que los propios no fueron entrevistados.

Los datos fueron colectados, y las informaciones fueron debidamente organizadas, tabuladas y analizadas a través del método dialéctico, pues este, “[...] provee las bases para una interpretación dinámica y totalizante de la realidad, ya que establece que los hechos sociales no pueden ser entendidos cuando son considerados aisladamente” (Gil, 1999, p. 32).

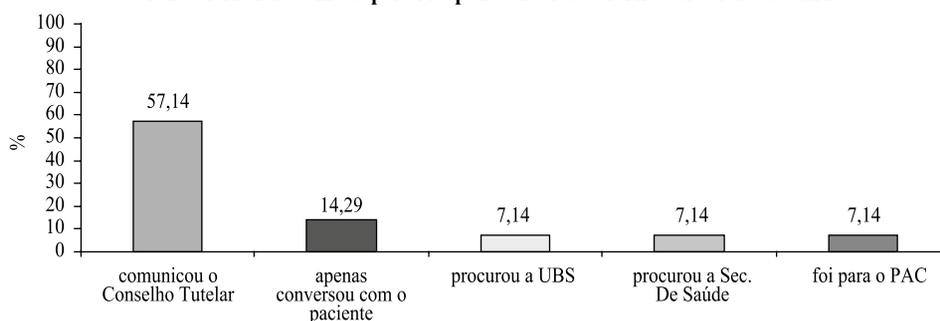
Como el Sector de Psiquiatría es destinado a los niños y adolescentes, los pacientes son, necesariamente, acompañados a la hospitalización por un responsable. Este quedará impelido para tomar las providencias necesarias para la permanencia del niño o

adolescente en el HUOP, y las providencias para, posteriormente, a continuidad del tratamiento; bien como comparecer en las reuniones de orientación con el Servicio Social. En este sentido la investigación apuntó que del total de responsables entrevistados, el 78,57 % son del sexo femenino, y apenas el 21,43 % son del sexo masculino.

Se destaca que eso no es algo esporádico, según Rosa (2008), histórica e ideológicamente, y a partir de la sociedad burguesa como un nuevo significado, el cuidado directo con las personas en la sociedad y en la familia, fue asociado como un atributo de la capacidad relacional, propios, de la feminidad.

Cuando se agotan los argumentos para convencer al portador de esta enfermedad, de su realidad y necesidad de tratamiento, la familia, muchas veces, tiene que recurrir a expedientes persuasivos y hasta represivos. Delante de eso, al investigar cuáles fueron las actitudes tomadas por los familiares al descubrir sobre el uso de drogas, se

Gráfico 1. Actitud tomada por el responsable al descubrir sobre el uso de SPA



verificó en primer lugar que en 57,14 %, que las familias comunicaron al Consejo Tutelar; otras 14,29 % conversaron con sus familiares y, aun, con 7,29 % procuraron la Unidad Básica de Salud, la Secretaría de Salud, y el Pronto Atendimiento Continuado.

Como se puede verificar en el Gráfico 1, esa variedad de actitud es normal, pues según Kalina, Korin (1980, p. 58).

Descubierta la adicción del adolescente se produce en la familia un síndrome de alarma. Esta respuesta ante el SOS del hijo tiene características que varían de una familia a otra familia: hay padres que denuncian su hijo a la policía; otros no necesitan transformarse en cómplices incondicionales del toxicómano.

La familia, inicialmente, pasa por un período de desconocimiento del uso de drogas y del abuso de alcohol de su familiar. Tras la constatación del uso y del abuso a través de alguna señal emitida, por el propio usuario u otra persona, el momento de la descubierta es siempre doloroso; la familia no sabe de qué forma ayudar y entra en desespero, es el inicio del drama familiar. Según Hallal y Halpern (2002):

(...) La propia familia del usuario de drogas asume, por desinformación, una actitud prejuiciosa, buscando, inconscientemente, negar la existencia del problema hasta

que la realidad se imponga (p. 207).

Los datos sobre los servicios buscados por las familias demuestran que ellas no tienen el debido conocimiento sobre la red de Atención a la Salud Mental. Pues, en ninguno de los casos entrevistados, los familiares recurrieron a sus servicios. Eso se comprueba por otro dato colectado: el 50 % de los entrevistados no conoce o no tiene acceso al CAPSad; el 7,14 % conoce “más o menos” el servicio; y el 42,86 % conoce este servicio.

La comprensión es aún más escasa cuando el asunto es el conocimiento sobre el tratamiento en el HUOP: apenas 14,29 % de los entrevistados lo conocen; 21,43 % sabe “más o menos” cómo funciona, y 64,29 % no tiene conocimiento. Otro dato que comprueba el desconocimiento sobre la red, es que antes de la hospitalización de urgencia en el HUOP, apenas 35,71 % de los adolescentes habían realizado otro tratamiento o consulta.

La investigación muestra que 42,86 % de los casos investigados fue el propio dependiente químico quien quiso la hospitalización, sin embargo no se cuestionaron las circunstancias que involucraron tal decisión. En segundo lugar se tiene que la búsqueda por el tratamiento fue hecha por la madre en 21,43 %, repitiéndose el mismo porcentual cuando fue hecha por los padres.

Los datos revelaron que, en la mayoría de los casos, fueron los propios adolescentes que optaron por el internamiento en el Sector de Psiquiatría. Sin embargo como ellos no fueron entrevistados, no se sabe los reales motivos que los llevaron a tomar esta decisión, se dice respecto a la maduración personal o a otros factores externos como presión familiar, social o de orden jurídico. Ante eso, y al preguntar a las familias cuáles fueron los principales motivos que llevaron al internamiento, estas relatan que: los adolescentes estaban sintiéndose mal con el uso de la droga; muchos percibieron que estaban quedando más agresivos, y no querían herir la familia; algunos adolescentes intentaron parar con uso de drogas solos, pero no consiguieron; entre otros.

Los niños y adolescentes internados en el Sector de Psiquiatría, en el período de la investigación, hacen parte de familias que, de modo general, no siguen el modelo predominante, de la familia nuclear. Se verifica que 42,86 % son familias convivientes, compuestas por diferentes generaciones, parientes o no. En segundo, con 21,43 %, las familias nucleares simples y las reconstituidas, y con 7,14 %, las familias monoparentales femeninas, y las familias nucleares con niños agregados (padre, madre, hijos y otros menores).

Además de la variedad de arreglos hay, también, una variedad en el número de miembros en esas familias.

Se verificó la diferencia de edad entre los responsables, las cuales predominan en la franja etárea de 30 a más de 50 años. Eso ocurre por el hecho de que el responsable por el niño o adolescente internado en Psiquiatría del HUOP, puede ser padre, madre, tía, abuelo o abuela, entre otros, o sea, diversas generaciones. Llama la atención también el hecho de que no son familias numerosas, confirmando estadísticas oficiales que apuntan para la reducción del número de miembros de las familias contemporáneas.

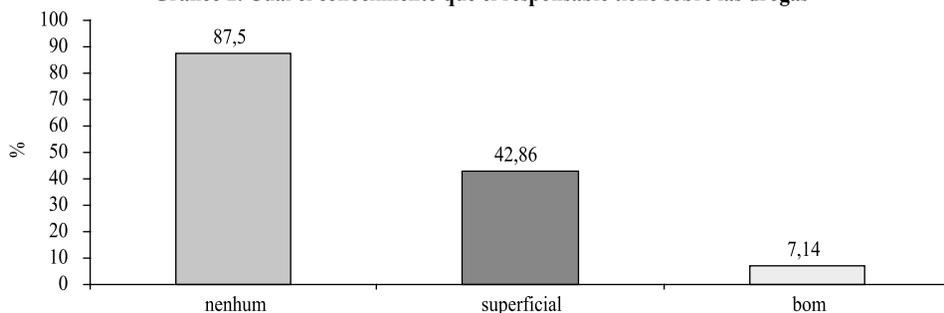
Con la diversidad de los Arreglos familiares se verifica, la variedad de estado civil de los entrevistados: 42,86 % de los entrevistados son casados; 28,57 % viven una unión estable; 21,43 % son divorciados y 7,14 % están viudos. En síntesis, 71,43 % de esas familias están organizadas en torno de la pareja, llama la atención la ausencia de personas solteras, bien como la presencia monoparental femenina.

Los entrevistados fueron preguntados sobre el conocimiento que tienen en relación a las drogas y apenas el 7,14 % cree tener un buen conocimiento sobre el asunto; el 42,86 % dijo entender superficialmente del asunto, el otro 50 % de los entrevistados declaró no tener conocimiento alguno sobre las drogas. Esa falta de conocimiento se caracteriza como un fuerte factor de riesgo para los niños y adolescentes, pues es fundamental que los familiares conozcan los tipos, los efectos

para que estos puedan quedar atentos a actitudes no comunes, comportamientos extraños. Pudiendo identificar si son o no síntomas del uso de sustancias psicoactivas y encaminarlos al debido tratamiento.

Cuanto a la pregunta que se refiere al uso de SPA por alguien de la familia, 71,43 % de los entrevistados alega que algún familiar hace uso de esta, y el 28,57 % de los entrevistados alega no haber nadie de la familia que hace

**Gráfico 2. Cuál el conocimiento que el responsable tiene sobre las drogas**



Una de las principales consecuencias del uso abusivo de sustancias psicoactivas es la evasión escolar. Otro dato que llama la atención es que en el período relativo al internamiento apenas 7,14 % de los adolescentes estaban estudiando, o sea, el 92,86 % de los adolescentes no estaban frecuentando la escuela.

En la rutina de atendimento en el Sector de Psiquiatría del HUOP, las conversas e intervenciones junto a los niños y adolescentes, evidencian que la evasión escolar es una de las primeras actitudes tomadas por quien inicia el uso de sustancia psicoactiva; se observa que este dato queda confirmado también en la entrevista con el familiar responsable, por eso la importancia de que las familias acompañen la vida escolar de los niños y adolescentes.

uso de SPA. Entre los principales familiares que hacen uso de SPA están: padre, madre y más de un familiar, cada uno con 30 %.

La investigación revela aún, la contradicción y sentido común predominante en la sociedad a lo que se refiere a la comprensión que se tiene en relación a las sustancias psicoactivas. Se nota que la mayoría considera el alcohol (92,86 %) y el cigarrillo (85,71 %) una droga, sin embargo, ambas son las sustancias más utilizadas por estos sujetos:

La principal diferencia entre estas formas de adicción y la toxicomanía es que, en general, las primeras son socialmente aceptadas o, por lo menos, no están condenadas con la fuerza con la cual es rechazada, al menos en la apariencia, la droga-

dicción. Es difícil que una madre habituada al consumo de píldoras que la mantienen bien despierta durante el día, o que disminuyen su apetito, consulte el médico por trastornos psíquicos... (Kalina, Korin, 1980, p. 58).

Otro dato importante, como se ve, es que 50 % de los entrevistados creen que la “cura” de la dependencia química solo depende del paciente, comprendiendo que la adicción alude solo al usuario, que en su modo de ver es un perturbado, débil que no consigue lidiar con sus conflictos, o sea, los miembros de la familia no se ven como parte de este proceso.

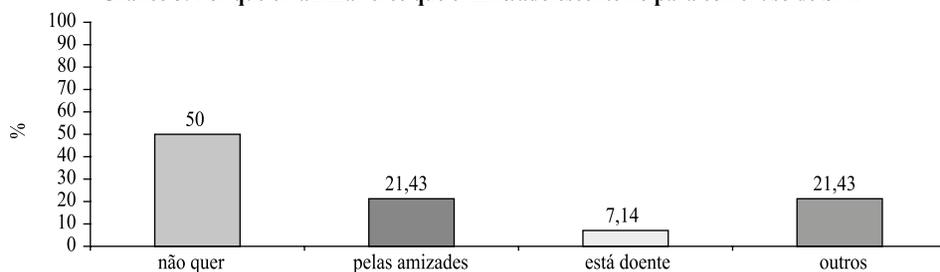
Además de eso, muchos de los entrevistados no consideran la dependencia química un problema de salud, apenas 7,14 % de los entrevistados cree que el familiar no para con el uso del SPA porque está enfermo, el 50 % de los entrevistados cree que el familiar no para con el uso porque no quiere. Y con 21,43 % cada, las familias responsabilizan los amigos, y otros.

En este sentido Hallal y Halpern (2002), afirman que, existe gran resistencia de la familia en aceptar la drogadicción y el alcoholismo, pues muchas veces el problema no es la desinformación y sí el prejuicio en aceptar un miembro de la familia como dependiente químico, normalmente lo que importa para estas familias es que el “enfermo” quede fuera, o sea, en tratamiento, creyendo así que el problema esté resuelto.

Así siendo, es importante considerar que son muchos los factores, y diversas son las etiologías que contribuyen para el desarrollo de la dependencia química, sin embargo, la organización familiar mantiene una posición de distinción en el desenvolvimiento y pronóstico del cuadro de dependencia química. Por cuenta de esto es saludable que, el abordaje familiar sea considerado como parte integrante del tratamiento para que el programa de tratamiento sea bien sucedido y tenga un fin favorable.

Los entrevistados cuando preguntados sobre quién ofreció la droga para su familiar por primera vez, relatan

**Gráfico 3. Por qué el familiar cree que el niño/adolescente no para con el uso de SPA**



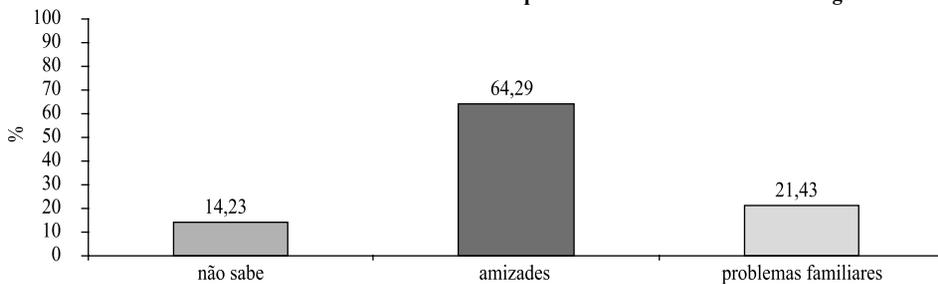
en 50 % de los casos, no saber quién ofreció drogas al familiar; en 35,71 % de los casos, los entrevistados creen que fueron los amigos que ofrecían; y el 14,29 % creen que fue el propio familiar que buscó la droga. Eso ocurre porque “El adicto siempre hace parte de un grupo que constituye una verdadera familia paralela; es por eso un poderoso ámbito que protege y provee identidad al toxicómano, facilita su contacto con las drogas y le ofrece las condiciones apropiadas para consumirlas” (Kalina, Korin, 1980, p. 60).

Pero cuando preguntadas sobre el motivo que el familiar comenzó a usar la droga, el 64,29 % de los entrevistados responsabilizaron las amistades; el 21,43 % creen que fueron por problemas familiares; y el 14,23 % no sabe el motivo.

En este contexto lo que se observa es proceso de transferencia de las responsabilidades familiares. Inicialmente la adicción se pone por influencia de las amistades y continúa a mantenerse también por fuerza de este grupo, o sea la familia se pone y reitera siempre la posición de expectadora del proceso y no parte de este, hay que considerarse aún que:

Estos agrupamientos parafamiliares deben ser incluidos en la evaluación logística de cada tratamiento, pues, a las resistencias propias del cliente, hay que sumar las del grupo que lo apoya, lo cual está desarrollando, permanentemente, una intensa actividad para no perder ninguno de sus miembros. [...]. Conviene, sin embargo, no olvidar que el juego de las interinfluencias se completa con la acción ejercida por el adicto sobre el

**Gráfico 4. Por cuál motivo el entrevistado cree que el familiar comenzó a usar drogas**



Además de eso, la investigación apunta que el 50 % de los niños y adolescentes ya habían tenido un período de abstinencia de la droga, y en 100 % de los entrevistados que afirmó la abstinencia del familiar, el principal motivo de la recaída fueron las amistades.

grupo. Si no consideramos este último factor, corremos el riesgo de caer en una simplificación excesiva: la de describir al adicto como alguien que es víctima de “malas compañías” (Kalina, Korin, 1980, pp. 60-61).

Ante estas relaciones familiares y parafamiliares, se verifica la necesidad de comprender mejor el contexto del uso y abuso de sustancias psicoactivas, comprendiéndolo en sus múltiples expresiones.

### **Consideraciones finales**

Los cambios en el sistema de salud, con la creación del SUS, significaron un gran avance para Brasil, avance este conquistado por el movimiento sanitario. De la misma forma, el cambio en el modelo de atención a la salud mental fue una conquista alcanzada por el movimiento de Reforma Psiquiátrica. Estos dos eventos son contemporáneos, pero cada cual con su historia.

Con la creación e implantación del SUS, la salud pasa a ser derechos de todos y deber del Estado. Insertada en este nuevo sistema, el nuevo modelo de atención a la salud mental tiene la propuesta de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos que se encontraban en manicomios y hospitales psiquiátricos, eso porque el nuevo modelo visa el tratamiento de los pacientes en su medio social, su comunidad de origen, ocurriendo apenas, si necesario, internamientos de corto plazo. Ese modelo busca que el paciente pueda reconocerse como una persona de derechos, capaz de interactuar socialmente con el medio donde vive. Pero este cambio en el tratamiento no fue y no es algo fácil, fueron varios los desafíos físicos

e ideológicos que tuvieron que ser traspuestos, y actualmente la mayor dificultad para la efectividad de este modelo, es la equívoca representación social que la población, y muchos trabajadores de la salud, aún tienen en torno del paciente psiquiátrico, principalmente en lo que se refiere al paciente dependiente de sustancias psicoactivas.

En el caso del tratamiento de personas dependientes de sustancias psicoactivas, lo que se verifica es la importancia de tratar al paciente de forma a considerar el medio social en que él vive, pues este ejerce una influencia muy fuerte sobre el individuo, lo que puede auxiliar o dificultar el tratamiento, pues la dependencia química no tiene cura, pero sí control. Ante eso el tratamiento se da en las diversas dimensiones de la vida social e individual.

El HUOP, como servicio de la red de atención a la salud mental, dispone un ala psiquiátrica destinada al tratamiento de niños y adolescentes dependientes de sustancias psicoactivas. El tratamiento de estos servicios consiste en internamientos breves, de 15 a 30 días, para la desintoxicación de los pacientes. Durante el período de internación, se sugiere a sus familiares, que participen semanalmente de los grupos de orientación con la asistente social. Y habiendo sido estas familias mi muestra, yo pude comprender la representación social que estas presentan delante del familiar usuario

de SPA y la propia sustancia química.

A partir de los datos colectados se puede verificar que las familias no se consideran como parte del tratamiento de la dependencia química, y aún consideran que esta tiene “cura” y que solo depende de la voluntad del paciente. Así, las familias ponen la responsabilidad de la “cura” de la dependencia química, exclusivamente en el familiar usuario de SPA. Además de eso, el conocimiento sobre las drogas y sus efectos es prácticamente inexistente, de la misma forma que el conocimiento sobre la red de tratamientos de esta enfermedad.

Ante eso, la importancia del servicio social en el tratamiento de la dependencia química consiste en detectar los factores de riesgo y de protección existentes en el medio social en que el usuario de SPA vive, además de orientar las familias de estos, bien como en la realización de atendimientos con el usuario de SPA. Además, se verifica la importancia de la red de atendimiento interdisciplinar dentro y fuera de los servicios de salud, pues es necesario que haya una comunicación entre los sectores de educación, salud, ocio, deportes, entre otros. Objetivando orientar y alertar la población sobre los males de las drogas, bien como verificar síntomas del abuso de SPA luego en el inicio y encaminar para tratamiento.

Al final de este trabajo, se concluye que al verificar la representación de

las familias en relación a la sustancia química y al familiar usuario de sustancias psicoactivas –SPA– se puede comprender mejor el contexto en que el uso de SPA se da, y a partir de ahí estudiar maneras eficaces de intervención en esta realidad. Hecho posible solamente a partir del momento en que la familia comprenda la enfermedad, y pase a contribuir para que el dependiente químico haga el tratamiento y consiga mantenerse abstinentemente, compartiendo incluso del tratamiento para que pueda ofrecer condiciones propicias de recuperación para ambos.

### Bibliografía

- Afonso, Lúcia (2001). Atensão psicossocial a famílias de pacientes em saúde mental. *Revista Interações*, Vol. 6, Nº 11, Jan-Jun. pp. 29-43.
- Almeida, José Luis Vieira (2001). *Tá na rua - Representações da prática dos educadores de rua*. São Paulo: Xamã.
- Brasil (2008). Lei nº 11.343/2006 In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. Brasília.
- Carvalho, Denise Bomtempo Birche de; Chaibub, Juliana Rochet Wirth; Miranda, Daniel Augusto Carneiro de (2008). Legislação e políticas de educação e a Política Nacional sobre as Drogas. In: Brasil. Secretária Nacional Antidrogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas, curso de capaci-*

*tação para conselheiros municipais.* Brasília: SENAD/SENASP.

Conceição, Maria Inês Gandolfo; Oliveira, Maria Claudia Santos de (2008). Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a PNAD. In: Brasil. Secretária Nacional Anti-drogas. *Prevenção ao uso indevido de drogas, curso de capacitação para conselheiros municipais.* Brasília: SENAD/SENASP.

Fabris, Diuslene Rodrigues (2010). Políticas Públicas no Século XXI: centralidade das famílias e o papel da mulher enquanto cuidadora de paciente com transtorno mental. Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248. Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho.

----- (2011). *Saúde Mental Serviço Social e o Atendimento ao Paciente com Transtorno Mental e seus Familiares.* IV Simpósio Regional de Serviço Social e XIX Semana Acadêmica do serviço Social da Unioeste.

Gil, Antonio Carlos (1999). *Métodos e técnicas de investigação social.* 5. Ed. São Paulo: Atlas.

Hallal, Ida Ismênia de Lima Curi; Halpern, Silvia Chwartzmann. Abordagem Ecológica: Uma visão Ampliada do Problema da Dependência Química; In: Pulcherio, Gilda; Bicca, Carla; Silva, Fernando Amarante (org.) (2002). *Álcool, outras drogas,*

*informação: o que cada profissional precisa saber.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

HUOP (2007). *Regulamento da ala psiquiátrica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná.*

Kalina, Eduardo; Korin, Santiago. A família do drogado características culturais da família atual: uma aproximação histórica das raízes sociais da família do drogado. In: Kalina, Eduardo; Kovadloff, Santiago (1980). *Drogadicção: indivíduo, família e sociedade.* Ed. Francisco Alves 3ª edição. Rio de Janeiro.

Marsiglia, Regina Maria (2000). O projeto de investigação em Serviço Social. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social.* Módulo 5. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância.

Mioto, Regina Célia Tomaso; Silva, Maria Jacinta da; Silva, Selma Maria Muniz Marques da (2007). A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. In: *Rev. Políticas Públicas.* V. 11, N. 2 jul./dez.

Rosa, Lúcia Cristina dos Santos (2008). *Transtorno Mental e o cuidado na família.* São Paulo: Cortez.

