

¿Qué se yo de esto de las drogas?
Guía para padres preocupados

¿Qué sé yo de esto de las drogas?

GUÍA PARA PADRES PREOCUPADOS

Lic. José Rshaid
Horacio Peralta
Pedro Infante Del Castaño
Lic. Carolina Meloni
Lic. Marcelo Plotnik
Lic. E. Noemí Jubert
Ruth Lanis

EN EL SUR EDICIONES

¿Qué sé yo de esto de las drogas? Guía para padres preocupados
/ José Rshaid & colaboradores -2da Ed.- Buenos Aires: En El Sur,
2009

96 p.; 20x14 cm.

ISBN

1. Drogadependencia. I. Rshaid, José
CDD

Segunda Edición

Diagramación integral y diseño de tapa:
Carla Sarli - www.globodisenio.com
info@globodisenio.com

Impreso por Mastroianni Impresiones
Av. de los Constituyentes 5529 (1431) Capital Federal
Tel/Fax: 4573-2514
E-mail: mastroianni.impresiones@gmail.com

Hecho el depósito que prevé la ley 11.723
Impreso en la Argentina
© 2014 José María Rshaid
ISBN

A "los queridos seres"
que escuchan a diario
mis dudas y mis convicciones

Prólogo del autor

Es esta publicación una síntesis de mucho trabajo personal y de un equipo (Casa del Sur) que a través de los años ha mostrado su eficacia y dedicación. En esta guía hemos volcado las preguntas y las respuestas que venimos escuchando y respondiendo todos los días en nuestra atención a sujetos adictos y sus familias. Los "chicos" como solemos decirles son fuente de preocupación y a veces de desesperación por parte de sus familiares. Nuestro consejo es que no desesperen y sí se preocupen por encontrar buen asesoramiento.

Es en función de esto que daremos nuestra opinión sobre un tema que en estos días está siendo centro en los medios de comunicación, esto es una resolución de la Corte Suprema que despenaliza el uso de drogas para tenencia de uso personal. Como trabajadores de la salud nunca podríamos ver en el sujeto adicto un criminal, sino un enfermo; esta excusa que usan "los despenalizadotes" es tan obvia como burda, pero sí nos parece que esta resolución se da en un contexto que no es el mejor, con un país lleno de agresividad y muerte adolescente.

Por eso: Señores Jueces de la Corte Suprema, en el mejor de los casos esta resolución está realizada a destiempo, por lo cual, por lo menos significa una negligencia que no pagarán ustedes sino la sociedad toda.

Por lo demás espero sirvan estos escritos para colaborar en dar luz sobre un tema que no sólo es doloroso, sino también oscuro en muchas de sus aristas, la drogadependencia y la adicción en general.

Lic. José María Rshaid / www.josershaid.com.ar

INTRODUCCIÓN

Hacia una comprensión del fenómeno de drogarse

Lic. José Rshaid

Hace ya mucho que este libro que ahora está en la calle viene conviviendo en mis pensamientos, pero diferentes dificultades lo impedían. Desde el tiempo hasta otras prioridades han obrado en consecuencia, pero al fin pude escribir y compilar valiosas experiencias que pueden servir a padres y familiares en general.

Desde mi tarea asistencial he visto día a día llegar muchísimos padres y familiares con la angustia que produce el tener afectada a una persona querida (en este caso por la drogadependencia). Los he visto llegar desde angustiados hasta con una falsa fachada de enojo o más aún con una aparente serenidad que prontamente se rompía. Esta experiencia y otras en este campo que transito desde hace 25 años hicieron, como dije antes, que este libro fuera publicado. Ahora bien: apreciado lector, usted preguntará cuál es el beneficio y más aún quién es el beneficiario de leer este libro. Creo que el beneficio es la información certera sobre la temática de la drogadependencia y el beneficiario, la familia y el paciente mismo. Como todo sabemos, la información correcta aventa los miedos y permite que actuemos con eficacia ante cualquier problemática que, como en este caso, nos tiene como sociedad pivoteando entre la perplejidad y la angustia.

Es la drogadependencia una enfermedad inminentemente social y cultural que aqueja a amplios sectores pero que día a día vulnera a la población más endeble en su estructura socio-económica. Esto no quiere decir sin embargo que haya clase social alguna que se escape a esta pandemia.

La familia por otro lado como núcleo de la sociedad fue durante muchos años centro de sociólogos, psicólogos y demás profesionales de las ciencias sociales y cargaron con todo lo negativo y positivo que esto conlleva, sin embargo

en la actualidad la ausencia de "familia real" produce disfunciones que a mi entender son mucho más graves. Es entonces necesario un aporte que esclarezca y ponga luz sobre ciertos aspectos que ayuden a las familias y cada uno de sus miembros en esta problemática que aqueja a la sociedad toda.

CAPÍTULO 1

Mitos y creencias

Lic. José Rshaid

LOS PRIMEROS PASOS

Cuando una familia llega, comienza con la institución tratante un vínculo que podrá incrementarse o truncarse según el trance que ésta viva. Por ello la predisposición y formación del profesional que coordina esta primera entrevista será fundamental a la hora del apego familiar posterior a un eventual tratamiento.

Mitos y fantasías más comunes o que traen los familiares a consulta

No es ilógico que aquellos que “traen” a sus familiares a una consulta vengan faltos de información y sobre todo con ciertas fantasías con respecto a la causa de la enfermedad de su familiar.

Es deber del coordinador de esta entrevista esclarecer dichas creencias y ponerlas en su lugar.

“Mi hijo se enfermó porque iba a la esquina con los chicos que se drogaban”

La verdad que esta afirmación está más al servicio de la evasión por supuestas culpas que a buscar las verdaderas causas. En modo alguno ninguna persona “se contagia” de esta patología. En general el concurrir “a la esquina” viene precedido de dificultades que el joven atraviesa que no logra co-

municar y sólo ve en este grupo de pares la posibilidad de desahogarse aunque finalmente este desahogo no llegue y sólo se establezca el acto de “tapar” la angustia consumiendo cualquier tipo de drogas.

“Me tengo que mudar de mi barrio porque aquí se drogan todos”

Es loable el intento de despegar al familiar de la droga pero esto no se logra cambiando de barrio ya que lamentablemente cualquier lugar de residencia es igual en cuanto a la posibilidad de comprar droga. Más eficaz será cambiar ciertos vínculos que unen al padre o madre con su hijo.

“Mi hijo nunca me dijo nada en referencia a que se drogara”

Si bien es cierto esta afirmación en forma superficial no lo es en lo profundo ya que el sujeto siempre va “dejando huellas” que en la mayoría de los casos la familia “no quiere ver”. Podemos afirmar más aún que a veces el sujeto al percibir (tal vez en forma inconsciente) lo ciega que esta su familia produce que una crisis aguda que lleva a una situación de visualización inevitable.

“Lo que sucede es que mi hijo se droga porque estamos separados”

Sobre este tema vale la pena comentar una anécdota que viví ya hace bastantes años coordinando un grupo de pacientes que se encontraban en la etapa de reinserción y por sim-

ple curiosidad me puse " a ver " y pensar cuales de los familiares representados por sus hijos en este caso provenían de familias con padres separados. Debo confesar que para mi sorpresa sólo 3 de 10 jóvenes de los allí presentes provenían de tales familias. Esto que podría ser una casualidad, fue algo que fui corroborando a lo largo de mis años de trabajo. Hoy podría asegurar que existen más sujetos "de padres no separados" que sujetos provenientes de familias donde sus padres se encuentran separados que transitan esta enfermedad.

Todo esto me llevó a afirmar algo que siempre repito en circunstancias de dar clases o conferencias: "LO QUE ENFERMA ES LA CONFUSIÓN, NO EL DOLOR"

"Mi hijo comenzó con marihuana pero seguro que va a terminar consumiendo cocaína"

Este es un viejo mito sobre el consumo de drogas. En realidad no es cierto que el consumo sea indefectiblemente una escalada. Lo cierto es que depende de cada sujeto el meterse en una escalada de consumo. Hay quienes van subiendo en este espiral pero otros tienen la posibilidad de parar su consumo y más aún mantenerlo estable. Sin embargo esto no significa minimizar el hecho y suponer que todo se va a terminar por inercia. La consulta sigue siendo determinante en la solución del conflicto.

"De la droga se puede salir solo"

Este es un deseo de muchos adictos que en ocasiones es acompañado por algunos padres. Debo asegurar que salvo

algunas excepciones esto es imposible por una razón fundamental: esta es una “enfermedad del narcisismo” y por lo tanto la voluntad esta siendo minada por el consumo. Mejor será asumir que como cualquier otra enfermedad física o psíquica, necesitamos ayuda para salir de ello.

“Yo sola/o lo voy a ayudar y lo voy a hacer salir de la droga”

Esta es una fantasía que tienen sobre todo muchas parejas de sujetos adictos. A decir verdad esto muestra además de la lógica buena acción hacia alguien querido una dosis de co-adicción que es como se denomina la acción de quien en la mayoría de los casos quiere colaborar pero sólo profundiza el consumo de la persona adicta a quien supone ayudar.

CAPÍTULO 2

Posibles caminos hacia la rehabilitación

Lic. José Rshaid

Cuando el sujeto y su familia deciden el camino de la rehabilitación hay varias posibilidades para cumplimentar tan ardua tarea. Es fundamental entonces contar con el asesoramiento de un profesional o institución preparada para esto. Esta afirmación se realiza pensando en que no cualquier psicólogo , psiquiatra , médico, etc., está formado en la asistencia de la drogadependencia y a veces se pierde la posibilidad de la rehabilitación en el momento más importante y eficaz que esta tiene y que es a saber: en el primer intento de asistencia que se realiza. Afirmo esto ya que creo que es esa, la primera, la oportunidad más factible desde la esperanza que el consultante trae (aunque esta no sea manifiesta) y la eficacia que el rehabilitador tenga que como se dijo antes tiene mucha más fuerza en la primera vez y ya pierde mucho en segundos tratamientos.

Tipos de tratamiento

Tratamiento ambulatorio: Estructura

1) ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

En estas entrevistas el equipo tratante evalúa la posibilidad que cada paciente tenga de asistirse en este tipo de tratamiento.

2) PSICOTERAPIA GRUPAL

El paciente participa diariamente de psicoterapia grupal. Entre estos grupos hay dos de ellos que son coordinados por operadores socio terapéuticos denominados grupo de consejos y grupo de intercambio emocional.

3) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

Consideramos que cada paciente tiene su tiempo (absolutamente desigual) de estar en condiciones de utilizar el tratamiento individual por lo cual este espacio se utilizará en momentos necesarios y diferenciados.

4) PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O VINCULAR

Espacio semanal con cada familia de paciente donde se evaluarán tanto el transcurrir del tratamiento como los intercambios vinculares entre los miembros de la familia, incluido el paciente.

5) CONTROL PSICOFARMACOLÓGICO

6) INTERNACIÓN PUNTUAL

El modelo contempla la internación del paciente en momentos particulares y diferenciados de cada tratamiento. No concebimos el modelo sin este espacio de contención.

7) CLUB DE FIN DE SEMANA

El modelo contempla planes de talleres y actividades de fin de semana obligatorias.

En esta modalidad los pacientes concurren de lunes a viernes tres horas diarias y sábados durante cinco horas.

Tratamiento en Hospital de Día

1) ENTREVISTA DIAGNÓSTICA

2) PSICOTERAPIA GRUPAL

3) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

4) PSICOTERAPIA FAMILIAR Y/O VINCULAR

5) CONTROL PSICOFARMACOLÓGICO

6) INTERNACIÓN PUNTUAL

7) CLUB DE FIN DE SEMANA

En esta modalidad los pacientes concurren de lunes a viernes de 9.00 a 18.00 horas.

Tratamiento de Internación en Comunidad Terapéutica

CAPÍTULO 3

La filosofía de la comunidad terapéutica

Lic. José Rshaid

[FILOSOFÍA]

Ciencia que trata de la esencia, propiedades, causas y efectos de las cosas naturales.

Ser, esencia y naturaleza de las cosas: lo permanente es invariable en ellas.

Elementos esenciales en las comunidades terapéuticas

- 1) Autoayuda: ayuda mutua, todos trabajan juntos para ayudarse a ellos mismo y a los demás.
- 2) La comunidad terapéutica se asemeja a una familia. Cada uno es parte de un todo.
- 3) Aprendizaje social y maduración como conceptos básicos.
- 4) El papel de la compañía genera un verdadero orden social con leyes, normas y reglamentaciones que todo miembro debe acatar y asumir.
- 5) Una redistribución del poder, que queda delegado progresivamente en todo el staff. Surge lo interdisciplinario como estructura social y como saber.
- 6) Crítica a la psiquiatría tradicional que queda ligada a ciertas adjetivaciones: individualista, organicista, asilar.
- 7) Surge para tratar una problemática social grave: la adicción en la sociedad contemporánea.

8) Programación que responderá a la necesidad que plantea el paciente adicto: objetivos claros, límites y mucho diálogo o mucha compañía.

Puntos críticos

Si bien es cierto que la comunidad terapéutica genéricamente hablando tiene su filosofía, su operatividad y sus protagonistas, cuando empezamos a indagarnos en profundidad sobre la esencia de las comunidades terapéuticas nos encontramos con diferencias que podemos sintetizar en las siguientes preguntas, que a su vez nos hablan de diferentes formas de "ver" y "entender" a las comunidades terapéuticas:

¿La comunidad terapéutica es esencialmente comportamentalista y conductista o es un lugar donde la palabra a través de sus análisis, lleva al sujeto a redescubrir su historia?

¿La comunidad terapéutica es esencialmente el lugar de "la verdad" puesta en términos de lo bueno y lo malo, lo que se debe y lo que no se debe, lo apropiado o lo inapropiado? ¿O es el lugar esencial de "las preguntas", de lo que interroga, que se convierte en el vehículo que transportará toda una historia de sentido por donde se edificará un proyecto sólido?

¿La comunidad terapéutica debe sostenerse en el liderazgo o en lugares móviles de poder y saber?

¿La comunidad terapéutica debe ser una ideología sustentada en una filosofía o simplemente un abordaje terapéutico

La filosofía de la comunidad terapéutica

donde lo ideológico no tiene lugar?

CAPÍTULO 4

La admisión

Lic. José Rshaid

Es la frase preliminar del tratamiento, que no sólo se refiere a entrevistas iniciales, sino a todo un período previo al tipo de tratamiento escogido.

En relación a esto existen dos posturas: una, que privilegia la urgencia, y otra, que lo hace con respecto a la continuidad del tratamiento, se sostiene que realizando una admisión larga y con ciertos obstáculos, se podrá averiguar si la persona está realmente comprometida con el tratamiento futuro. Todo esto, como dijimos antes, haría que los recursos fueran usados más racionalmente y no "se malgastará" en personas que no desean realizar el tratamiento en forma consecuente.

La primera postura, la que realiza una admisión corta, manteniendo con el paciente a veces una sola entrevista de admisión o, en su defecto, dos o tres, postula que el paciente drogodependiente es un "paciente en riesgo" y, por lo tanto, la operatividad debe ser sin pérdida de tiempo.

Esta nueva postura habla no del derroche de recursos, sino de la utilización de los mismos para evitar lo que se supone son "males mayores" que ocurrirían con la presencia del adicto en la calle.

Como está visto, son dos posiciones casi inversas y que enfrentan a disyuntivas importantes dentro de la salud: los pocos recursos disponibles, el peligro de la vida, la frustración de las instituciones tratantes.

Planteado esto es obvio que cuando se privilegia la urgencia, los dispositivos son sólo una o dos entrevistas de admisión donde se recaban datos importantes en relación a conseguir un diagnóstico en el menor tiempo posible, para realizar una

buena evaluación que lleve el tratamiento indicado y el pronóstico respectivo.

En el caso ya descrito, en la admisión es utilizada como una especie de filtro donde sólo quedaron las personas con mayor posibilidad de permanencia en el tratamiento, se diferencian dos o más periodos que pueden mencionarse como:

- 1) Preadmisión
- 2) Admisión
- 3) Precomunidad (este último a veces no es considerado parte de la admisión)

En cada uno de los períodos o fases antedichos se realizan entrevistas grupales e individuales, así como se solicita al posible residente el cambio de hábitos u demás costumbres cotidianas en relación a las usadas durante los períodos de consumo de sustancias.

Los tiempos de estas fases dependen de los que crea necesarios la institución tratante como para convalidar el pasaje al tratamiento propiamente dicho.

Sin embargo, sea cual fuere la modalidad a utilizar es importante remarcar ciertos elementos imprescindibles a tener en cuenta para un diagnóstico, abordaje y pronóstico correcto:

1) EDAD

A menor edad se complica el pronóstico. Antes de los 16 años el abuso de drogas complica la curación. La iniciación en la pubertad en el alcohol complica la situación. El porcentaje de curaciones en las mejores comunidades terapéuticas

es del orden del 30% a 40% de todos los ingresos a un programa; esta estadística decrece con la iniciación antes de los 16 años en la droga o en la pubertad en el alcohol.

2) ETAPA DE LA FAMILIA EN EL CICLO VITAL FAMILIAR

¿Qué tipo de crisis vive esa familia? ¿En qué momento evolutivo se encuentra la familia como tal? ¿Es el momento del desprendimiento adolescente de los hijos? ¿Es el momento de una crisis madurativa de los padres? ¿Hay alguna separación, encubierta o no, en la pareja de los padres?

3) TIPOS DE ESTRUCTURA FAMILIAR

- a) Cismática: disgregados, con escaso poder de la pareja de los padres para orientar una crisis.
- b) Simbiótica: la adicción como imposibilidad de diferenciarse de la familia.
- c) Excesivamente abierta: familia típica de pacientes adictos, delincuentes. No hay control desde la infancia de las conductas. Niño de la calle. El niño es el "padre de sí mismo".
- d) Familia inexistente: paciente de reformatorio o adolescente de clases opulentas.

4) FASE DE USO, ABUSO Y DEPENDENCIA

Fase de uso

De fin de semana. No hay alteración de la vida afectiva, escolar, laboral, de pareja. Habitualmente la droga es regalada o compartida. No hay episodios de intoxicación.

Se busca el giro del estado de ánimo: primer compromiso que lleva a la cronicidad de la droga, la búsqueda del cambio

ánimico, de las sensaciones, de las percepciones.

Fase de abuso

Uso regular durante la semana. Episodios de intoxicación. Compromiso escolar, afectivo. Inicio de deterioro en la vida de pareja y familiar.

Aparece en el paciente la llamada vida dual: segundo momento en la cronicidad hacia la dependencia; el paciente mantiene una doble vida: por un lado su mundo adictivo y por el otro un compromiso forzoso con la sociedad. Fuerza muy grande del grupo de pares: adolescentes en conflicto.

Fase de dependencia

No hay familia, pareja, escolaridad o trabajo. Búsqueda compulsiva de la droga.

Imposibilidad absoluta de abstinencia, compromiso orgánico con la droga (trastornos neurológicos, hepáticos, cardiovascularios). Riesgo de destrucción del sistema inmunológico: Sida y de hepatitis infecciosa (B).

Vida dependiente:

Utilización de robos de objetos, conductas tramposas, mentiras, cambio absoluto de amistades. Participación en venta de drogas.

5) CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS

Personalidades más proclives:

a) Personalidades de acción de tipo impulsivo: toxicomanías

- de tipo sociopático con delitos (viven en medios marginales)
- b) Crisis de identidad adolescente: toxicomanías de tipo neurótico de buen pronóstico (es importante el tratamiento de las crisis familiares o de pareja en terapias familiares o de pareja).
- c) Patología de tipo depresivo por duelos con pocas redes sociales de sostén. Buen pronóstico con grupos de autoayuda y psicoterapia individual intensiva. Riesgo de sobredosis y muerte en los momentos críticos.
- d) Patologías psicóticas: en familias psicóticas, mal pronóstico. La droga es sólo un síntoma más. Funciones familiares alteradas.

6) TIPOS DE DROGAS UTILIZADAS

En la adicción, esto es relativo, porque el adicto es poliadicto. Pero, en general, el contacto con drogas duras complica el pronóstico.

Heroína

De poco uso todavía en la Argentina, aunque los codínicos son muy usados a través de jarabes antitusígenos.

Cocaína

De gran entrada en nuestro medio.

Anfetaminas

De gran problema sanitario.

Alucinógenos

LSD, peyote, diversos hongos.

7) CLASE SOCIAL

En la Argentina están complicados los pertenecientes a sectores marginales, por los escasos recursos sociales, familiares e institucionales existentes.

8) EL PÚBLICO DEBE SABER QUE:

- a) La adicción es una enfermedad impuesta, por leyes de mercado y grupos que los sostienen
- b) La adicción es una enfermedad rentable, cada adicto genera 3 ó 4 al mes y es el principal protagonista.
- c) Existe una cultura que encubre, aplaude y propaga la adicción.

9) LA REGLA BÁSICA DEL TRATAMIENTO ES:

La abstinencia: sin abstinencia no hay tratamiento posible.

10) LOS TRATAMIENTOS SON:

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia de pareja
- Comunidad terapéutica
- Creación de centros de prevención

La adicción necesita tres sistemas que se deben completar:

- Prevención: que es futuro.
- Rehabilitación: a través de comunidades terapéuticas.
- Represión: del delito ligado a la droga.

BIBLIOGRAFÍA

“Los adictos, la comunidad terapéutica y sus familias”,
Dr. Juan Yaria

CAPÍTULO 5

Una mirada sobre la estructura de la comunidad terapéutica

Lic. José Rshaid

La Comunidad Terapéutica se desarrolla en dos planos, a saber: horizontal y vertical.

Eje Horizontal

El primero se refiere al desarrollo de las diferentes fases en el cual se desarrolla el tratamiento.

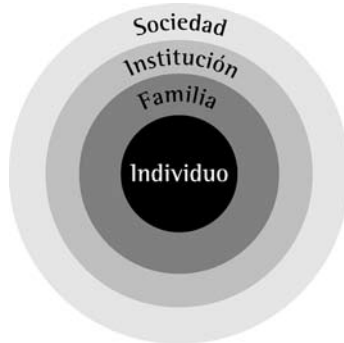
Admisión
Pre- comunidad
Comunidad (en sus fases A, B, C, D)
Pre- reinserción
Reinserción

Valga la pena recordar que las Comunidades Terapéuticas en sus diferencias desarrollan este modelo completo o incompleto según su óptica de la urgencia en la internación y/o la mayor o menor presencia del alta residencial.

A su vez existe un desarrollo vertical que se manifiesta en las diferentes áreas de implicancia.

Por otro lado la manifestación clara de la dinámica en la Comunidad Terapéutica se visualiza a través de los diferentes grupos que se van desplegando en su quehacer.

Eje Vertical



Al igual que en el plano horizontal, los diferentes grupos que desarrollan la Comunidad Terapéutica varían de acuerdo a una óptica particular sobre el tratamiento. De todos modos con el deseo de esquematizar y simplificar diremos que los grupos pueden ser:

- Grupo psicoterapéutico (GP)
- Grupo de sentimientos (GS)
- Grupo de estructura y herramientas (GE)
- Grupo consejero (GC)
- Grupo seminarios (GSe)
- Grupo autobiográfico (GA)
- Grupos Especiales:
 - 1) De imagen (GI)
 - 2) De sexualidad (GS)
 - 3) De proyección de aspectos super-yoicos (GPr)
 - 4) Maratón (GM)
- Asamblea (A)

Cada uno de estos grupos tendrá que tener un posicionamiento y una finalidad con respecto al área de profundización en la tarea de rehabilitación y un posicionamiento en el eje vertical u horizontal que cada uno implique.

Como a lo largo de este trabajo expondré en términos generales sobre la finalidad de los diferentes grupos:

GRUPO PSICOTERAPÉUTICO

Es a mi entender el grupo esencial en el tratamiento. En él se desplegará la historia del residente y el presente en el devenir diario. Será idealmente coordinado por un profesional psicólogo o psiquiatra (si este tiene preparación en psicoterapias) y un operador socioterapéutico.

Deberá existir un encuadre dado donde queden bien recordadas las figuras de los coordinadores. Será la clave de un buen funcionamiento la solidez y cuidado con respecto a la frecuencia y horarios en el que se desenvuelva. Se tratará en lo posible de unir el aquí y ahora con la historia del residente, devolviéndole a este la posibilidad de encontrar "otra historia" que no niegue la anterior pero si la simplifique.

GRUPO DE SENTIMIENTOS

Se tratará de codificar y ampliar la mirada afectiva y emocional del residente, tratando de que funcione como una especie de "testigo" y catalizador de agresiones y sentimientos tanto negativos como positivos. No creo en la necesidad de una catarsis si esta no es genuina. Se deberá tener especial cuidado en que cada manifestación tenga una devolución amplificadora y esclarecedora.

GRUPO CONSEJERO

El nombre del mismo aclara su contenido. En él se “aconseja” al residente sobre la viabilidad de ciertas acciones, sobre todo en el exterior de la comunidad. Es un grupo donde el operador socioterapéutico despliega todo su saber y experiencia. Tendrá especial valor para las salidas de fin de semana y la consecuencia familiar extra comunitaria. No creo necesario la co-coordinación con un profesional psicólogo o psiquiatra. Más aún creo que a modo de diferenciación de tareas no deberían participar este tipo de profesionales.

GRUPO SEMINARIO

Es un grupo didáctico y de experiencia no ya de utilidad puntual durante el tratamiento sino más bien cuando este termina o comienza la etapa de reinserción. En él se intentará comentar y evaluar las diferentes temáticas que hacen a la vida misma: trabajo, dinero, relación con los pares, relación de pareja, valores individuales y valores sociales, etc.

GRUPO AUTOBIOGRÁFICO

Es un grupo de autoevaluación e intenta producir “sorpresa” en una relectura sobre la vida del residente al ser relatada por él mismo. No es un grupo donde tenga especial relevancia la devolución o interpretación de parte de los coordinadores, sino que el valor del grupo radica en la posibilidad de apertura hacia una investigación de aspectos de la historia vivida por el residente.

GRUPOS ESPECIALES

1. De imagen

La finalidad del mismo es el despliegue y la des-estructuración de la imagen que el residente "trae" a la comunidad terapéutica. Se contará para ello con otras miradas y con la experiencia del operador socioterapéutico sobre su propia y anterior imagen.

2. De Sexualidad

La sexualidad del residente en casi todos los casos viene siendo un aspecto distorsionado a lo largo de la historia vivida. En este grupo se intentará primero a modo de enseñanza y luego de visualización de conductas estereotipadas la ampliación de esta historia con la posibilidad de cambios efectivos en la vida sexual actual.

3. De proyección de aspectos súper-yoicos

Es un grupo donde a través de técnicas psicodramáticas se intentará demostrar y visualizar los aspectos superyoicos sobre la persona del residente que este trae consigo pero que pone en personas importantes de su entorno. Sólo una buena elaboración de estos aspectos, posterior al ejercicio psicodramático propondrá un cambio al respecto.

4. Maratón

Por la dimensión horaria y de movilización afectiva la maratón o grupo maratón es un grupo esencial en el final del tratamiento residencial. Como en el grupo anterior la maratón será afectiva si a los momentos catárticos que se juegan en su desarrollo se suman aspectos elaborativos a través de la palabra y la interpretación del equipo coordinador de la tarea.

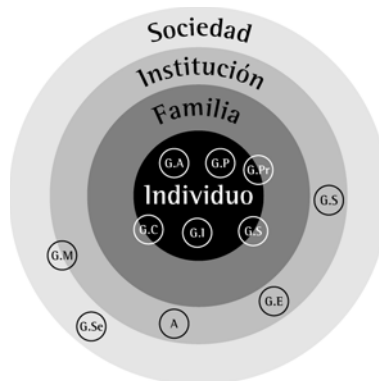
ASAMBLEA

Es esencial en las comunidades terapéuticas donde se cree

que el protagonismo del residente es motor de su rehabilitación. En este grupo donde se asemeja la comunidad terapéutica de Jones y la actual para drogadependientes. Se deberá encarar con mucho cuidado y sin mantener el poder en la dirección sino que se intentará trasladar el mismo temporalmente a la comunidad toda.

Todos estos grupos sumados al abordaje individual puntual, la terapia familiar y multifamiliar y la eventual atención psiquiátrica tienen un momento de mayor eficacia y otro de menor incidencia. En este sentido se asemejan a los "buenos vinos", en los cuales no es lo más añejo, ni lo apresurado de su uso lo más aconsejable. A modo de esquema vamos a mencionar los momentos y las áreas de implicancia de cada uno de ellos.

EJE VERTICAL (ÁREAS)



CAPÍTULO 6

Tipos de sustancias y sus efectos

Lic. José Rshaid

De acuerdo con su condición legal, las sustancias se clasifican en dos grupos:

ILEGALES

Marihuana, Cocaína, Heroína, LSD.

Mezcalina, Drogas de diseño.

LEGALES

Anfetaminas: uso médico (fiscalizado).

Algunos opiáceos: uso médico (fiscalizado).

Alcohol: uso social.

Inhalantes: uso industrial.

Cafeína, Nicotina.

De acuerdo a sus efectos, las sustancias psicoactivas pueden ser:

Drogas estimulantes

Son sustancias que estimulan el sistema nervioso central (SNC), produciendo un estado de excitación o aceleración de las funciones biológicas y psíquicas.

Las más utilizadas son:

COCAÍNA

Efectos posibles

Excitación, euforia, conducta desinhibida, insomnio, hiperactividad, dilatación de pupilas, pérdida del apetito, aumento del riesgo de infecciones.

Intoxicación

Desasosiego, agitación, locuacidad, hiperactividad, alucina-

ciones (auditivas, visuales y táctiles), taquicardia, insomnio, hipertensión, pupilas dilatadas, escalofríos, trastornos cardiorrespiratorios, náuseas y vómitos, desnutrición, anemia, defectos en el feto.

ANFETAMINAS

Efectos posibles

Alerta intensificada, hiperactividad, insomnio, dilatación pupilar, taquicardia, pérdida del apetito, sequedad de boca, fotofobia.

Intoxicación

Agitación, hiperactividad, locuacidad, insomnio, alucinaciones e ideas delirantes, taquicardia, pupilas dilatadas, falta de apetito, escalofríos.

CAFEÍNA

Efectos posibles

Disminuye la somnolencia y la fatiga.

Intoxicación

Inquietud, agitación, temblores, insomnio, problemas digestivos.

NICOTINA

Efectos posibles

Relajante o levemente excitante. Trastornos pulmonares y circulatorios.

Intoxicación

Trastornos cardíacos. Enfermedades malignas.

Drogas depresoras

Son sustancias que deprimen el sistema nervioso central, retardando o disminuyendo la capacidad de respuesta de las funciones psíquicas y físicas. Se debe aclarar que no necesariamente producen tristeza o depresión. Incluyen:

ALCOHOL

Efectos posibles

Euforia inicial. Luego embotamiento y confusión mental.

Intoxicación

Trastornos hepáticos y de los nervios periféricos (polineuritis), dificultad para hablar, marcha inestable, retardo psicomotor, períodos de amnesia, rubor facial, impotencia sexual.

OPIÁCEOS: OPIO, MORFINA, HEROÍNA, METADONA, CODEÍNA

Efectos posibles

Euforia inicial seguida de un sentimiento exagerado de malestar físico-emocional, ansiedad, disminución de la atención y de la memoria, retardo psicomotor, pupila puntiforme, náuseas y vómitos.

Intoxicación

Estado de confusión y desorientación, dificultad para hablar, convulsiones, alucinaciones visuales, contracturas musculares, náuseas y vómitos, pupila puntiforme, hipotensión (disminución de la presión arterial), pulso lento, falta de interés por todo (apatía).

BARBITÚRICOS SEDANTES

Efectos posibles

Depresión del SNC.

Intoxicación

Irritabilidad, risa o llanto sin motivo, disminución de la comprensión y de la memoria, agresividad, pupila uniforme, mareos y vértigos, dificultad para caminar, hablar y pensar, dificultad en la visión, astenia (desgano intenso), erupciones cutáneas, disminución de la fuerza muscular.

Drogas alucinógenas

Son sustancias que comprometen los procesos perceptivos, generando ilusiones y/o alucinaciones, que afectan principalmente las funciones psíquicas.

Las más conocidas son:

MARIHUANA

Efectos posibles

Euforia inicial, inhibiciones relajadas, ojos enrojecidos, comportamiento desorientado, ansiedad, alucinaciones (visuales y auditivas), sudoración abundante, aumento del riesgo de infecciones, trastornos de los órganos reproductores.

Intoxicación

Desgano para realizar cualquier tarea, ansiedad, suspicacia, desorientación en tiempo y espacio, pensamientos persecutorios, ojos irritados, sequedad de boca, taquicardia. Signos importantes: ojos "achinados" por ftofobia, locuacidad permanente, risa inmotivada, mancha pardusca en los dedos índice y medio, mancha dentaria.

LSD

Efectos posibles

Ilusiones, alucinaciones, desorientación en tiempo y espacio, taquicardia, hipertermia, ojos enrojecidos, pupilas dilatadas, "flashback" (imágenes que aparecen súbitamente mucho tiempo después de haber usado la droga).

Intoxicación

Euforia, confusión, ilusiones, alucinaciones, ideas delirantes, imágenes oníricas, despersonalización, miedo, tendencia al pánico, temblores e incoordinación, visión borrosa, debilidad muscular.

INHALANTES

Efectos posibles

Euforia, excitación, estado de ensoñación, alucinaciones visuales, falta de coordinación, tos, náuseas y vómitos, aumento de la salivación, pérdida del apetito, trastornos de aprendizaje, asfixia provocada por uso de bolas de polietileno.

Intoxicación

Euforia, alucinaciones visuales, estado de ensoñación, anemia, descenso de glóbulos blancos y plaquetas, excitación psicomotriz, cansancio, problemas cardio-respiratorios, cefaleas, pérdida de peso, polineuritis (trastornos de los nervios periféricos), disminución de la visión, diplopía (visión doble), hematomas espontáneos, problemas hepáticos y renales.

CAPÍTULO 7

¿Cómo me doy cuenta de que mi hijo se droga?

Horacio Peralta
Pedro Infante Del Castaño
Lic. Carolina Meloni

Para poder percibir indicadores de consumo en mi hijo, debería primordialmente replantearme cuánto lo conozco, ya que hay factores que aparecen en todo chico que está consumiendo, pero hay otros que son propios de cada individuo y de su contexto familiar. La importancia de los cambios de hábitos y/o conductas está relacionada con la diferencia mayor o menor respecto de sus hábitos y comportamientos históricos tanto personales como familiares. Del mismo modo, hay características y cambios en la conducta propias de la adolescencia que muchas veces suelen confundirse con rasgos de consumidor de drogas.

La edad de inicio de la adolescencia es variable y depende de cada joven y de su entorno, pero podemos reconocerla por algunas características particulares. La principal se basa en la búsqueda de los extremos: duermen mucho o duermen muy poco, salen todo el tiempo o no salen, viven excitados o deprimidos, comen en grandes cantidades o casi nada, etc.

Los chicos comienzan a tomar distancia de la familia y sus actividades en busca de un lugar propio, por lo que empiezan a pasar más tiempo en su habitación o en salidas con compañeros y/o amigos. Se identifican con determinados grupos e intentan copiarlos, modificando su estilo de hablar, vestirse y actuar. Por esto, se les dificulta elegir lo que quieren y desean por sí mismos, tienden a elegir "lo que elige la mayoría" de los que están a su alrededor.

Se enojan con las reglas y les molesta que les digan lo que tienen que hacer, por eso terminan haciendo justamente lo contrario. Más aún si estas reglas y normas provienen de figuras que representan la autoridad (principalmente de los padres, así como profesores, policía, etc.)

El cuerpo comienza a jugar un papel fundamental en la vida de un adolescente. Puede descuidarlo, o darle demasiada importancia a lo estético, lo decora y/o lastima (con piercings, tatuajes, etc.), y surge con mayor fuerza la sexualidad.

En la búsqueda de un modelo que se diferencie del de los padres, intenta experimentar nuevas sensaciones, principalmente las que no están permitidas (algunas en el ámbito familiar, y muchas otras en el ámbito social).

Estas características no son determinantes de una situación de consumo, pero, una vez que estos cambios empiezan a operar, debemos estar más atentos: ya que esta es una etapa de mucha fragilidad, donde hay que esclarecer y fortalecer el sistema de valores (lo que está bien y lo que está mal).

Para identificar las "anormalidades" en este proceso, debemos identificar el funcionamiento de nuestro hijo en nuestra familia. Por lo tanto, debemos tener en cuenta lo histórico y la actualidad desde lo social, sin dejar de tener en cuenta lo familiar.

Las familias han cambiado. Hace tiempo atrás, las relaciones entre padre e hijos eran muy rígidas. Los hijos eran tratados como pequeños adultos y eran objeto de castigos físicos, malos tratos y permanentes frustraciones sin tener en cuenta sus necesidades y derechos. Tampoco se consideraba la importancia de la comunicación y el rol fundamental del afecto y la ley bien puesta para el desarrollo de la personalidad sana.

Hoy por hoy, hemos ganado un precioso terreno, pero lamentablemente llegamos al polo opuesto, creándose en algu-

nos padres una especie de contractura de la falsa libertad. Encontramos así padres excesivamente permisivos o poco atentos, que confunden el amor con dejar al hijo hacer lo que quiera, sin ningún tipo de límites, sin darse cuenta que los límites, de acuerdo a la edad y necesidades de los hijos, sirven para protegerlos.

Algunos padres quieren educar a sus hijos sin frustraciones, haciendo que todo lo que vivan sea placer. Un joven así no podrá enfrentarse a la vida, a la realidad, ya que en ésta siempre habrá frustraciones será una persona frustrada que seguramente también optará por evadirse de aquella realidad.

Tanto el amor como la frustración hacen crecer a una persona. Lo mismo pasa con los límites: si éstos tienden a sobreproteger al hijo, lo ahogan y asfixian, convirtiéndolo en una persona dependiente. Contrariamente, los padres que no ponen límites a sus hijos favorecen el desarrollo de una personalidad de características fuertemente abusivas. Facilitan que la imagen de autoridad de no le fue transmitida en el hogar sea buscada a través de conductas transgresoras en autoridades sociales (como los directivos de la escuela, la policía, etc.).

La experiencia nos muestra que los padres que no ponen límites a sus hijos actúan así por cuatro razones: 1) por miedo al rechazo por parte de sus hijos; 2) por miedo a ser "anticuados" (ser rechazados por sus pares); 3) por temor a repetir conductas represivas de sus propios padres; 4) por comodidad, ya que es más fácil decir siempre "sí".

Estas dificultades surgen antes de que aparezca la adicción. Esto muestra cierto fracaso no en el "dar amor", sino en el expresarlo a través del cuidado que implican los límites.

Un país sin código interno o constitución se transforma en una anarquía y, por ende, reina el caos. Lo mismo sucede con las familias. Aquellas que no tengan un sistema de normas (si bien todas las familias lo tienen explícita o implícitamente aunque no lo sepan) están condenadas al fracaso. Por eso es importante que nos demos cuenta cuáles son los principios, normas y reglas que, hemos ido comunicando verbal o no verbalmente (a través de actitudes) a nuestros hijos.

Por lo tanto, los cambios básicos de la adolescencia sumados a ciertas transgresiones pueden estar anunciando una situación de consumo.

En estas circunstancias, el joven podría presentar un marcado de desinterés en el colegio y en lo que antes le gustaba (por ejemplo, dejaba de ir al club donde jugaba al fútbol desde chico); abandonar viejos amigos y comenzar a hacer nuevas amistades a las que intenta mantener alejadas y desconocidas por sus padres (los amigos de la infancia son todos "giles" y los nuevos aparecen "de la nada"); suele tornarse agresivo; se persigue de miradas y comentarios de los otros sobre lo que dice y/o hace; comienza a faltar a sus responsabilidades sin interesarle las consecuencias; se ausenta del hogar en forma repentina y prolongada sin argumento razonable; cree que todo lo puede y no necesita ayuda de nadie; comienza a gastar mucho dinero y perdís préstamos a familiares y conocidos sin justificar dichos gastos, podría faltar dinero y desaparecer objetos de valor del hogar. Del mismo modo, pueden aparecer objetos desconocidos, ante lo cual las explicaciones suelen ser carentes de credibilidad (por ejemplo, "me lo prestó un amigo", "me lo encontré en la calle").

Los cuestionamientos a figuras de autoridad crecen en for-

ma progresiva, llegando a transformarse en desafíos a las mismas. Asimismo tiende a negarse a consultar a un profesional o médico, por cuestiones de salud.

Estas conductas patológicas no necesariamente se presentan en forma conjunta. Cada una de ellas debe ser considerada indicador de una situación de riesgo.

Tal como aparecen señales a nivel conductual, a medida que aumenta el compromiso con el consumo, comienzan a aparecer signos físicos:

- Ojos enrojecidos y empequeñecidos.
- Pupilas dilatadas.
- Aumento o pérdida significativa de peso.
- Sangrado en la nariz o secreción de mucosas.
- Tics "nerviosos", movimientos espasmódicos de nariz y/o mandíbula, espiraciones bruscas y ruidosas.
- Sequedad en la boca.
- Olores extraños en la ropa, el cabello y el cuerpo.
- Ojeras marcadas.
- Deterioro de la dentadura, etc.
- Salivan con tinte oscuro.
- Tos constante y ronca.
- Temblores.

Asimismo pueden encontrarse en su posesión o en su habitación objetos que se utilizaban para el consumo, tales como:

- Papel para armar cigarrillos.
- Bolsitas, papel glasé.
- Pipas.
- "Taqueras" (elementos con dos orificios, muchas veces armados artesanales).
- Lapiceras sin el cartucho, tarjetas.

¿Cómo me doy cuenta de que mi hijo se droga?

- Restos de virulana (quemadas).
- Encendedores con la llama a su máxima potencia, y en cantidad.
- Latas de gaseosas.
- Tapas de sifón descartable, etc.

Factores de riesgo

Con todo esto, debemos ir pesquisando también los factores de riesgo que surgen previos a hallar dichos indicadores. Ahora bien, ¿qué es una conducta de riesgo? Es cualquier conducta que pone en peligro el desarrollo bio-psico-social (del cuerpo, de lo emocional y de sus vínculos).

Los factores que tengan más repetición y fuerza en estas conductas se llaman factores de riesgo. Podemos agruparlos y dividirlos en diversos ámbitos, siendo estos los Recursos personales, la Relación con la familia, la Relación con sus pares, la Relación con la escuela, y el uso del Tiempo Libre y los Espacios de ocio.

RECURSOS PERSONALES

- Falta de independencia para hacer cosas y decidir.
- Baja autoestima.
- Dificultad para asumir responsabilidades.
- Ausencia de normas y límites.
- Ausencia de valores.
- Ausencia de adultos que brinden apoyo y contención.
- Impulsividad, falta de control, sin tolerancia a la frustración.

¿Cómo me doy cuenta de que mi hijo se droga?

- Evitación de los problemas y/o conflictos.
- Dificultad para reconocer y expresar sentimiento.

RELACIÓN CON LA FAMILIA

- Ausencia de afectos en la comunicación y/o ausencia de diálogo.
- Comportamientos de permiso ante el consumo.
- Falta de unión familiar.
- Aislamiento emocional de los miembros de la familia.
- Incoherencia en la supervisión de los padres sobre sus hijos: mucha exigencia en algunos aspectos y mucha tolerancia para otros.
- Sobreprotección.
- No aceptación y/o rechazo del hijo/a.
- Consumo en algún/os miembro/s de la familia.
- Estrés familiar por problemas económicos, de pareja, etc.

RELACIÓN CON SUS PARES

- Mucha dependencia del grupo.
- Estar en un grupo que transgredí y/o tiene actitudes de permiso hacia el consumo
- Oportunidades para ser parte de situaciones problemáticas.
- Observación de modelos que tienen conductas de riesgo.
- Dificultad para relacionarse con sus pares.
- Dificultad para sentirse en igualdad de condiciones con sus pares.

RELACIÓN CON LA ESCUELA

- Dificultades para adaptarse.
- Sensación de inutilidad y/o incapacidad.

¿Cómo me doy cuenta de que mi hijo se droga?

- Faltas reiteradas e injustificadas.
- Ausencia de deseo de cumplir con sus obligaciones.
- Falta de hábito de trabajo.
- Mala relación con pares, docentes y/o directivos.

OCIO- TIEMPO LIBRE

- Desorganizado (no sabe qué hacer ni cómo ni con quién, se aburre de todo o fácilmente, no puede cumplir con lo planificado para entretenerse, etc.)
- Modelo de entretenimiento asociado con el consumo.
- Diversión asociada al descontrol.
- Pocas alternativas para usar el tiempo libre.

Factores de protección

Pero así como existen factores de riesgo, hay otros asociados con una reducción en las conductas que podrían desarrollar una dicción. Estos son factores de protección, que actúan como amortiguadores frente a aparición del problema de la adicción. Entre estos se encuentran: Fuertes vínculos con la familia. Cercanía, apoyo emocional y trato cálido y afectuoso con los hijos. Involucrarse en sus actividades para conocerlas, junto con el conocimiento de los problemas, intereses y necesidades.

Disciplina familiar adecuada y normas claras de conducta.

- Fortalecimiento y desarrollo de las habilidades personales y sociales.
- Autonomía, autocontrol, autoestima, resistencia a la presión del grupo y capacidad para resolver problemas y conflictos personales.

- Actitud y comportamientos de prevención ante el consumo de drogas.
- Adecuados estilos de comunicación.
- Adecuado estilo de resolución de conflictos entre los familiares.
- Identificación de factores de riesgo para el consumo de drogas. Conocimiento de oportunidades de acceso, presión social al consumo, modelos de consumo, creencias y mitos relacionados al consumo, etc.
- Fortalecimiento de los vínculos con la escuela, los maestros y directivos.

Acciones para el fortalecimiento familiar

Cada familia tiene expectativas de comportamiento determinadas por principio y normas que son los valores.

A fin de aclarar los valores de su familia es importante que:

- Los comuniquemos abiertamente para que nuestros hijos conozcan. Hable acerca de por qué son importantes ciertos valores como la honestidad, la confianza en sí mismo y la responsabilidad; y la forma en que los valores ayudan a las personas a tomar decisiones acertadas. Enseñe a sus hijos que cada decisión se basa en decisiones anteriores y que una decisión acertada facilita la siguiente.
- Reconozcamos que las acciones de los padres afectan el desarrollo de los valores de sus hijos, es decir, los chicos se

estimulan con el comportamiento de sus padres. Considere la forma en que sus actos y actitudes pueden estar influyendo en las decisiones de sus hijos.

- Cuídese de que sus actos coincidan con sus palabras.
- Reconozca cuando se equivoca. Los jóvenes necesitan padres con firmes convicciones, que no sean autoritarios ni injustos, que puedan reconocer sus errores y aprender de éstos.

Queda clara nuestra responsabilidad como padres para establecer normas para protegerlos y que remitan a su bienestar, aunque muchas veces ellos no entiendan el por qué. Sin embargo, el establecimiento de normas es sólo la mitad de la tarea. Debemos estar preparados también para imponer sanciones cuando las normas no se cumplen.

Con lo cual:

1) **Sea específico.** Dígale a su hijo cuáles son las normas y qué comportamiento se espera de él. Converse sobre las consecuencias de la falta de cumplimiento de las normas: cuáles serán las sanciones, en que forma se aplicarán, cuánto tiempo representan y cuál es el propósito.

2) **Actúe coherente con su pareja.** Ante todo, póngase de acuerdo con respecto a la normativa y sus sanciones. Es muy negativo que un padre imponga un castigo y el otro no lo haga cumplir, o que el hijo se ampare en uno de los padres para no cumplirlo.

3) **Sea razonable.** No agregue nuevas consecuencias que no hayan sido convenidas. Evite amenazas irreales como “cuan-

do venga tu padre te va a matar". En cambio, reacciones con calma y aplique la sanción que su hijo espera recibir.

4) **Sea firme**, respete su palabra.

5) Recuerde que las sanciones tiene el propósito de servir como aprendizaje. Siempre un límite debe tener un por qué, que debe ser explicado a su hijo, y este por qué debe remitir a su propio bienestar. Las sanciones no deben ser castigos físicos sino pérdida de privilegios. Perderá privilegios más grandes cuanto mayor sea la norma transgredida.

6) Ejerza la autoridad de padre con amor.

7) No se plegue al grupo de amigos "rejuveneciéndose" y siendo un amigote más.

8) Eduque a sus hijos ejercitando su autonomía. Jóvenes cuya autonomía ha sido desarrollada en el hogar a través del estímulo, el reconocimiento y el respeto de las buenas decisiones cotidianas, así como la reprobación de sus desaciertos, estarán mejor capacitados para enfrentar por sí mismos, por ejemplo, la abstención acerca de las drogas. No haga las cosas por su hijo, enséñele a hacerlas y que las haga por sí mismo. Hay dos formas de criar hijos inútiles: decírsele permanentemente hasta que crea que es verdad o bien hacer las cosas por él.

9) Sea siempre generoso con los elogios cuando éstos sean meritorios.

10) Use la connotación positiva de las críticas: si nuestro hijo tiene el pelo largo y desprolijo es mejor decirle "qué bien te quedaba el pelo corto" antes que decirle "qué mal te queda

¿Cómo me doy cuenta de que mi hijo se droga?

el pelo largo".

11) Comuníquese con su hijo. Sepa escucharlo, déle tiempo para conversar, apague el televisor en las comidas y cuando está conversando con él.

La comunicación es de vital importancia. Una familia que se comunica es una familia sana. He aquí algunas sugerencias básicas para comunicarse con su hijo:

1) Aprenda a escuchar.

2) Preste atención sin interrumpir hasta que él termine de hablar.

3) Haga contacto visual con su hijo, mírelo a los ojos.

4) Preste atención al lenguaje corporal. Cuando los chicos no pueden poner cuestiones en palabras, con el cuerpo, gestos y posturas nos lo dicen. Aprendamos a interpretarlos.

5) No siempre se necesita una respuesta magistral. Puede que no la sepa. El sólo hecho de escucharlo y que pueda escuchar lo que siente es liberados. Del mismo modo, que le diga que no conoce una respuesta muestra que usted también tiene limitaciones, y eso lo coloca en un lugar mucho más cálido y humano.

No existen vacunas ni soluciones mágicas contra las adicciones; sólo los valores y normas familiares opuestos a éstas, y al uso de drogas, en combinación con un fuerte vínculo entre padres e hijos y una comunicación abierta, promoverán el desarrollo saludable y recluirán las posibilidades de que nuestros jóvenes recurran a ellas.

CAPÍTULO 8

Los padres llegan a la primera consulta. Pollitos en fuga...

Lic. Marcelo Plotnik

Desde la editorial me han invitado a escribir acerca del difícil momento en que los padres llegan a la institución por primera vez. Es la idea del presente artículo, convertirse en una herramienta de uso y de consulta para padres que transitan una situación altamente estresante y llena de espacios oscuros.

Una mezcla de nerviosismo, angustia, confusión y desesperación en la mayoría de los casos. Reflejo del efecto que produce la conducta del paciente adicto en los demás.

Estamos hablando de pacientes que han superado la etapa de consumo y a veces la de abuso de sustancias tóxicas y no debe malinterpretarse este aspecto, ya que no se trata aquí de evaluar libertades individuales, sino de poner el acento en la mirada de aquellas personas que padecen una patología y sus consecuencias.

Acercarse a un consultorio médico puede en algunos casos resultar complicado, hay cierta dificultad en cuanto a tener que prestar atención al cuidado de la propia salud. En cuantiosas oportunidades hay quienes prefieren dilatar la consulta médica hasta el último de los días posibles.

Pero en todos los casos estaríamos hablando de la dificultad que produce en las personas tener que aceptar que precisamos del otro para estar bien, sea en algunos casos el médico, el psicólogo o algún otro especialista de la salud.

Entonces, a esta particular aceptación de nuestros propios límites se le agrega una nueva sensación cuando lo que está en juego es ahora la salud de alguno de nuestros hijos y sobre todo si se pone de manifiesto la posibilidad de tener que aceptar que algo está mal en la conducta de ellos y que no-

sotros somos parte del problema también.

La llegada al consultorio de los padres de nuestros pacientes, tiene por lo general un ingrediente agregado ciertamente difícil de ocultar, un espeso sabor amargo mezcla de angustia y dolor por lo que pasa, acompañado del peor de los condimentos, la Culpa.

Es que la combinación entre el normal desconocimiento del tema y el efecto propio de la patología adictiva que hace que el paciente naturalmente, despliegue toda su artillería psicopática sobre su entorno (el problema está afuera), trae por resultado una explosiva combinación donde lo que aparece es casi siempre La Negación.

Es tan complicada la situación, que entre lo alarmante que resulta ser consciente del estado en el que el paciente adicto está sumergido (en este caso el hijo) y la intolerable idea para nuestra estructura psíquica, de suponer un alto grado de responsabilidad frente a lo que le pasa a uno o más de nuestros hijos, que no debe resultar para nada asombroso si la respuesta automática a esta situación es la ceguera o la propia imposibilidad de entender que se precisa una ayuda externa allí, donde se cree que ya no pueden hacer más nada.

Así se llega a la consulta, la mayor de la veces ante una situación cuyo desarrollo cuenta ya con una historia propia y por lo general estamos hablando de una problemática que se viene gestando varios años atrás y de la que los padres vienen sospechando hace tiempo y en determinado momento se ha puesto de manifiesto y se ha cruzado el portal que le permite a uno o a los dos padres recurrir a la consulta con un especialista.

La historia la escribimos entre todos

Antecedentes de lo que nos pasa. Una búsqueda más allá de lo que se ve.

A esta altura de los acontecimientos es por todos reconocido que no somos seres aislados, todos formamos parte de un conglomerado, de una u otra forma somos elementos del engranaje social, causa y efecto del devenir histórico, es decir que no es posible escaparse del entramado social en el que vivimos y nos desarrollamos.

La adicción es una patología de fuerte ensamble social, es efecto y producto del sistema en el que vivimos y de su propia historia; por ello hay que entender al adicto en la esfera individual y en la grupal, porque allí encontraremos muchos elementos nuevos a la hora de buscar alternativas y respuestas a la infinidad de preguntas sin responder que los pacientes y sus familiares traen a consulta.

Cuesta creer a veces lo que nos pasa como sociedad, como grupo de personas que vivimos en comunidad. La simple idea de saber que no estamos solos en esto, que lo que nos ocurre no nos pasa exclusivamente a nosotros, abre mayormente la posibilidad a enfrentarse con la dificultad.

En general las personas sufren la soledad frente a la dificultad y se resignan a esperar hasta último momento para enfrentarse a la realidad, quizás hasta que ésta sea inexorable.

Ahora frente a la posibilidad de saber que más personas se

enfrentan a la misma problemática es que comienzan poco a poco a darse el lugar para fortalecerse y hacer frente a una idea posible de cambiar.

La nuestra es una sociedad muy especial, no hay en general una gran cultura, ni educación en la predisposición a hacer frente a las dificultades, en lo personal creo que toda la historia política de Latinoamérica responde a una seguidilla de sucesos que han dado vida a un proceso lento pero efectivo de desinformación, la historia repite casi indefinidamente, una inalterable conducta de negarse a hacerse responsables de la verdad y de sus consecuencias. Creyendo sobre todo que eso es posible.

En los últimos cien años salvo pequeñas excepciones la cultura política de estas tierras, ha sido la del ocultamiento, la negación y la mentira. Y esto es sólo poniendo la mirada en el último siglo, porque si nos remontamos a la historia de la conquista Europea de América, estaríamos hablando de cosas muchos más serias.

No quiero por ello poner la mirada afuera y deslindar responsabilidades, sólo quiero poner de manifiesto que lo que sucede es también una respuesta sintomática a los esfuerzos sostenidos durante muchos años en lograr una cultura de dominación.

No es competencia sólo de las clases dominadas hacerse cargo de este efecto, más bien diría que la respuesta aparece en doble dirección, como resultado eficaz de lo que se buscaba y, como contrapartida no esperada por la inconducta de quienes creyeron que bajo la dominación y el abuso de poder estaba el éxito.

Ya es por todos conocido que la drogadependencia como

grupo patológico, ha sobrepasado el carácter de clases, y la problemática se ha extendido a todas las esferas sociales, con igual grado de preocupación y desesperación en los padres de todos los grupos sociales.

Se niega porque duele, porque se presenta como altamente frustrante y por efecto de la misma patología que resulta durante un primer período como exitosa, es decir se sostiene por encima de cualquier aspiración a terminarse.

Se busca el silencio y la distracción y durante un buen período resulta efectivo, nadie se compromete más con esta tarea que el mismo paciente y su entrono familiar, en concordancia con el imaginario social donde el lema es, "ocúpate de ti mismo y no mires al costado", antes que el sistema te devore las personas compiten por su propia subsistencia. Hablo en términos generales.

El sentimiento de solidaridad y compromiso con el vecino, aparece por lo general después de producirse algún suceso que le permita cierta reflexión a la persona. La cultura de ayudar al prójimo ha sido vista en los últimos cincuenta años como algo peligroso, subversivo y en algunos casos hasta pasado de moda.

Ahora es que podemos ver el efecto de estas políticas, sin embargo poco a poco crece en el grupo social el sentimiento de haber estado manipulados por intereses que nos han sido ajenos desde hace mucho tiempo.

Las dictaduras militares en Latinoamérica, conviviendo juntas por largos períodos históricos, dieron lugar a una cultura de imbéciles donde pensar distinto y ser honesto con uno mismo, resultó peligroso para la propia vida. Hoy pagamos

Los padres llegan a la primera consulta. Pollitos en fuga...

las consecuencias y debemos ser lo suficientemente humildes como para comprender que el cambio comienza por nosotros.

Los padres llegan a la institución

Los padres se acercan a la institución movidos por la imposibilidad de continuar como están dadas las cosas. Cada vez son menos frecuentes las consultas a partir del pedido del mismo paciente. Padres y amigos suelen llamar a la institución antes de siquiera habérselo consultado al paciente, es que por lo general la situación se vuelve cada vez más desesperante y la iniciativa se toma desde afuera hacia adentro.

Por lo general es tanto el desconcierto que padres, familiares y amigos llaman solicitando la primera entrevista y no saben si deben acercarse acompañados del paciente o no.

Lo primero que se pone de manifiesto es la incomprensión y la falta de respuesta frente a la crisis que se vive junto al paciente.

Estamos acostumbrados a recurrir a un profesional cuando comprendemos que lo precisamos, lo que aquí pasa es que aquí nadie reclama nada y los familiares se tropiezan con la idea de que uno frente a una dolencia solicita ayuda. Es decir no encuentran el pedido, la demanda de asistencia es nula en el sentido manifiesto, es decir no se verbaliza.

Pero aquí la dolencia o bien se niega o simplemente no se siente, que es parte del mismo proceso. El que comienza a entender de la necesidad de ayuda y de cambio es por lo ge-

neral el familiar o amigo.

Aún así muchos pacientes llegan a tratamiento porque los deriva el sistema legal y los padres llegan a consulta con su hijo ya internado. Y creo en lo personal que es muy importante en este sentido, responder a lo que puede simplemente aparecer como una primera intuición sin demasiados elementos, pero lo importante es que a veces este primer impulso es el comienzo de un largo camino.

Con esto quiero decir que estamos hablando de una problemática social, porque nos es lícito pensar que el problema se enreda en más de un implicado.

Pareciera ser que la adicción afecta como problema a una sola persona, pero lo que aparenta ser un caso aislado hay que comprenderlo dentro de un entramado, es el adicto quien ha prestado su cuerpo y alma para enfermarse en nombre del grupo al que representa.

Y por ello cualquiera del grupo que sienta la necesidad de consulta lo hace en nombre y representación de lo que a todos le ocurre. Hacerse eco del problema es el inicio de la posible solución.

Pero como dije al principio, no fuimos educados para esto y siempre es mejor pensar que el problema lo tiene el otro y que nosotros estamos por el momento fuera de él.

Qué se escucha cuando vienen por primera vez

Mitos y creencias populares que hay que desterrar.

Como venía diciendo los padres llegan a la consulta por muy variados caminos, lo más importante es rescatar que este primer paso es verdaderamente la mejor herramienta que tenemos los profesionales para comenzar el trabajo con el paciente. No la única, pero si está a nuestro alcance, es realmente muy importante poder utilizarla.

Por su propio desarrollo y característica la adicción dificulta de manera muy severa la intervención de los demás sobre la persona que la padece.

Cuanta más exitosa resulta ser la patología, lo digo en términos de gravedad y desarrollo de la misma, más importante será el despliegue defensivo para impedir la irrupción de otra persona para romper el circuito que se ha impuesto.

A esto se le suma que durante años ha crecido de manera significativa el número de creencias populares alrededor de esta patología.

Los padres llegan con muchísima desinformación, producto entre otras cosas de la trama social que mantiene todo esta problemática alejada de los medios de comunicación.

Lo mismo, pero en menor medida sucede con el marido o esposa de los pacientes, que muchas veces también corren la misma suerte de desconocimiento y/o negación.

Es tan fuerte el interés en mantener en secreto todo lo que ocurre en derredor de la conducta del adicto, como lo es para el sistema político el interés de ocultar muchos de sus propias deficiencias que el sistema contiene.

A primera vista los padres parecen enfrentarse a un gran monstruo que se come todo a su paso y que se ha apoderado de su hijo. Otra vez un agente externo es el responsable.

Es muy frecuente y no debe asustar a nadie, sentir la necesidad de terminar con esto a toda costa. Las emociones asociadas a la bronca y la intolerancia están a la orden del día. Al mismo tiempo y por efecto mismo de toda la situación, es posible encontrarse con una larga historia de sucesos en los que una y otra vez la confianza fue violentada.

Es ante todo muy esperanzador escuchar del hijo unas palabras de arrepentimiento y pedido de perdón por los últimos acontecimientos, lo que pasa es que en el entramado familiar, esta promesa se rompe una y otra vez y en vano está suponer que las razones sólo están de un lado de la cosa.

En principio porque no existe la dualidad, no es verdad que esté por un lado el hijo-problema y por el otro los padres-solución. Todos están metidos en la misma sopa y es dentro de ella que se podrán encontrar respuestas valederas.

En los grupos de padres y familiares es muy común escuchar que esposos y esposas se diferencian de los padres de los pacientes, porque estos son y serán siempre incondicionales y que pase lo que pase siempre estarán allí.

Ni los padres son incondicionales ni los conyugues condicionales. Unos y otros están dentro del mismo tejido y no resul-

ta tan fácil separar la problemática de uno u otro lado, porque repito no hay lados ni enfrentados, ni tan separados.

Es preciso entender que están todos dentro de la misma telaraña y que las condiciones de continuidad son importantes para todos, hay un nuevo compromiso que debe surgir para que sea posible el cambio. Y este se logra paso a paso, no lo soluciona un simple entendimiento, es parte de un proceso que llevó su tiempo armarse, por ende llevará tiempo desarmarse y convertirse en uno nuevo.

Poco se conoce realmente de lo que en efecto son las drogas, mucho menos de las que conviven diariamente con nosotros. Para muchos el primer intento por querer hacer algo diferente de la familia, es el de ir hacia las drogas.

Algo que aparece como una acción que nadie querrá patrocinar, pero que indefectiblemente se sentirá como una elección individual y por lo tanto agente diferenciador de los demás.

Quedando conformado un supuesto grupo entre los que consumen y los que no, bajo la base de ser y hacer algo diferente del resto del grupo familiar, aún cuando lo que en realidad se está haciendo sea exactamente lo mismo.

Muchas veces es una respuesta sintomática, a la problemática relación con los demás. Para muchos este ha sido la única decisión que han tomado solos y de manera totalmente alejada a los padres. No del deseo inconsciente de ellos, pero eso es un tema para profundizar mucho más que en este artículo.

Volviendo a cuestiones de educación y cultura, durante mu-

Los padres llegan a la primera consulta. Pollitos en fuga...

chos años se ha creído que el problema del abuso y adicción a las drogas era "culpa de los padres" y de su comportamiento.

Se ha creído que la "mala" familia disponía hijos adictos, hace unos diez años atrás era común escuchar cosas como que los divorcios inducían a los hijos a drogarse, siendo que la gran mayoría de pacientes internados poseía familias disfuncionales en los que padre y madre convivían juntos.

Por supuesto que la problemática familiar resuena sobre la individual, pero lo grave es creer que es causa y efecto del problema.

Los padres tienen el absoluto derecho a no saber nada respecto al uso, abuso y dependencia de sustancias tóxicas. No es más que el resultado eficaz de más de cien años de políticas de "deformación de la información".

Como también es absolutamente común sentirse superado, abatido, harto de la situación por la que están atravesando. La patología adictiva produce mucho cansancio sobre quien la padece de cerca y en el entorno del paciente. La calidad de vida es pobrísima, se sufre en todos los aspectos posibles de ver.

Por ello es que mientras se pueda se sostiene hasta el máximo posible la mentira, como único medio para dilatar lo que irremediablemente sucederá.

El esfuerzo está orientado a sostener un paradigma de los últimos tiempos, "más vale malo conocido que bueno por conocer", muy a nuestro pesar hay que hacerse responsable de algunos increíbles comportamientos grupales que poseemos.

Es que el agotamiento y el hastío mueven a la persona a pedir un cambio rápido y ese es el principio de algo novedoso que precisa aparecer.

Se requiere de un impulso creativo para que algo pueda modificarse.

Es muy probable que un familiar o un amigo solicite ayuda antes que el mismo paciente, esto debe entenderse como una característica de esta enfermedad social, un síntoma, una expresión, no como un rasgo del agravamiento de la enfermedad mental.

Claro que es más fácil y prometedor cuando es el paciente el que pide por favor una ayuda para salir del embrollo en el que está metido. Pero esta situación en los últimos años en la Argentina se está volviendo un tanto utópica, cada vez son menos los que cuentan con esta posibilidad.

Estamos hablando de adicción y debe quedar en claro que entre el uso y la adicción a las drogas hay un espacio importante y esto no debe alentar a los padres a desentenderse del asunto, como así tampoco a avanzar por encima de las personas.

Es muy importante la consulta con profesionales que sepan del tema, por supuesto que estamos dando por hecho que han aparecido indicios de que la persona está sufriendo una dolencia, está en problemas.

Al menos debe estar sospechando que algo importante pueda estar sucediendo y de haber realizado primero todos los intentos pertinentes para conversar seriamente con su hijo.

Recurriendo nuevamente a la historia de los sucesos en

nuestra tierra, no estoy promoviendo una caza de brujas, no se trata de cómo dice la canción, "antes eran todos comunistas ahora son todos enfermitos..."

Como personas que amamos a nuestros hijos hay siempre una prioridad en la idea de cuidar de la salud de ellos, pero también debe existir una instancia de cuestionamiento acerca de lo que se ve y si es necesario, por supuesto ir a una consulta y evaluar nuestras percepciones.

Lo que sostengo es que el peor de los males es hacerse el distraído cuando comenzamos a ver que algo no está del todo correcto en el funcionamiento de la familia o de uno de sus miembros.

Otra de las cuestiones que comúnmente se escucha de los padres es cierto miedo a no saber con qué se encontrarán una vez que comience el tratamiento. Hay fundamentadas sospechas en la creencia de que algo se destaparía una vez iniciado este proceso y esto traerá todo tipo de cambios, de los esperados y de los no esperados.

Siempre que se inicia un proceso de introspección bien orientado aparecerán antes o después elementos no conocidos, allí no reside el problema, pero sí la resistencia al cambio.

La ayuda profesional correcta provoca la transformación de los temores en un proceso de bienestar para uno o más individuos de la familia.

Siempre sobrevuela la pregunta de si de ésta se puede salir, es fuerte el estigma social para con los diferentes enfermos y probablemente sea más fácil para el imaginario social creer que de algunas enfermedades nunca se sale, para así

mantenerse siempre lejos por las dudas.

Es una pregunta absolutamente normal y fácil de responder, en la mayoría de los casos la rehabilitación es posible, si se cuenta con la adecuada ayuda profesional y si existe el acompañamiento de familia y/o amigos probablemente sea un poco más cómodo el cambio.

¿Qué se entenderá en cada caso cuál es el verdadero alcance de la cura?, dependerá de un trabajo particular en cada uno de los pacientes y su familia. Pero cabe aclarar que la pregunta es pertinente.

Por elemental que parezca es común preguntar acerca de cómo saber si el hijo se droga o no, no siempre se llega a consulta con la certeza de que el hijo se droga, es muy frecuente que el paciente niegue mientras pueda su condición de consumo o bien de dependencia.

Si bien hay indicadores físicos tales como ojos rojos, pupilas dilatadas, sequedad en la boca o cierta expresión entumecida en el rostro entre otras cosas, la manera de comenzar a preguntarse por este tema es siempre ir en forma directa a preguntárselo al paciente y mantener con él una conversación lo más natural posible, las veces que uno crea conveniente.

Expresar las propias dificultades en el tema, los propios miedos y dudas puede ser el primer vehículo de acercamiento y posiblemente la primera acción orientada al cambio.

Si esto no es posible de realizar, hay que tener en cuenta que no sólo es una cuestión del hijo, también los padres son parte del proceso y la dificultad puede alojarse en ambos.

De igual modo, a mi parecer lo más importante es poner el acento en el comportamiento del hijo, los cambios de proceder tienen siempre una señal de anticipación. La conducta del adicto comienza a ser predecible a medida que el cuadro avanza. No es de un día para el otro.

Si su hijo cambia drásticamente el ritmo de sus horarios, si usted no ha tenido ni la más mínima oportunidad de poder conversar de esto con él, es posible que haya algo para comenzar a prestarle atención.

No digo que no tengan vida nocturna, pero por lo general lo primero que se pierde es el compromiso con las actividades. Es raro para el sistema de trabajo en que estamos viviendo, que una persona activa salga todas las noches y regrese a altas horas de la noche, no sería posible para nadie mantener este tipo de salidas y responder a las exigencias de un trabajo o de estudio.

Recuerdo una familia que contaba que de un día para el otro su hijo se paseaba con una pequeña mochila de mano de un lado para el otro, su vida nocturna había tomado curso normal y dormía por lo general desde la mañana hasta altas horas de la tarde sin asistir a ninguno de sus compromisos anteriores.

Por supuesto que es te no será indicio para decir que el paciente está consumiendo drogas, pero sí es motivo más que suficiente para poder conversar sobre lo que está pasando. El problema reside que para este momento todo su artillería se montará bajo el pretexto de mantenerse en lo que está sucediendo y las conversaciones y los encuentros serán siempre esquivados o simplemente evitados.

Por lo común comienza allí una sucesión de episodios con cierto voltaje de agresión, ya que resulta ser el modelo más efectivo para evitar cualquier tipo de contacto verbal en condiciones de arribar a alguna conclusión aguda.

Lo que se pone en juego en el despliegue defensivo es justamente permitir la continuidad de lo que se está gestando, evitar la confrontación seria y además, resulta ser un modelo efectivo para que los padres queden atrapados en la imposibilidad de ver lo que sucede.

A la dependencia se arriba, no aparece de la nada, quiero decir con esto que es parte de un proceso para algunos más largo que para otros, pero de todas formas es siempre una construcción. Pueden consultar más acerca de esto en las diferentes publicaciones de Casa del Sur.

En estos momentos en la Argentina se comienza a presentar nuevas alternativas en la Ley de drogas, ya han hecho los primeros cambios en lo penal y es de suponer que esto concluirá con cambios en lo que a prestación de servicios refiere. Posiblemente las atenciones se verán afectadas en los próximos tiempos.

La atención de la drogodependencia precisa de tratamientos ambulatorios y de internación, quienes creen en uno solo de estos dos modelos, lamentablemente se equivoca. Cada caso responde a una necesidad particular.

Aquí estamos acostumbrados a la cultura de las oposiciones, es obtuso creer que unos u otros tienen la razón. Está comprobado que en casos de dependencia a drogas fuertes (Paco, Cocaína, entre otras) la atención ambulatoria fracasa y en casos de uso social de drogas la internación es exce-

Los padres llegan a la primera consulta. Pollitos en fuga...

siva.

Lo que debe quedar claro es que los que pueden tomar decisiones sobre uno u otro modelo o los dos combinados, son los especialistas que se capacitan y no los políticos o jueces.

El sistema tiende a dejar abandonados a los que más precisan, muchas veces la economía mueve intereses alejados del impacto social que provoca.

Es probable que dentro de muy poco la problemática se vea afectada a tal modo que la atención específica se convierta en el beneficio de unos pocos y los demás queden absolutamente excluidos.

Que esto no pase será tarea de los especialistas en dar explicación suficiente y de los padres en demandar lo que les corresponde como derecho ciudadano.

CAPÍTULO 9

¿Los adictos son “chicos especiales”?

Lic. E. Noemí Jubert

¿Los adictos son "chicos especiales"?

"Especial" es un adjetivo frecuentemente utilizado por las madres de los jóvenes que consumen drogas y alcohol de manera compulsiva.

Hay dos puntualizaciones que necesito hacer:

- Mucha gente no incluye el alcohol entre las drogas, tal vez por su aceptación socializada. Sin embargo, tanto por sus efectos nocivos sobre la estructura neurológica después de un abuso extendido en el tiempo, como por su nocivo efecto sobre la libre posibilidad de pensar / sentir y sobre la conducta social, debe remediarse este error de clasificación.
- Esta calificación llama la atención particularmente a los que hemos tenido o tenemos participación en los ámbitos de la educación. Durante mucho tiempo se denominó de este modo a los chicos con alguna discapacidad para el aprendizaje escolar, llamando "maestros especiales" a los formados en metodologías pedagógicas que podían facilitar los pasos en la adquisición de praxis y conocimientos a estas criaturas con daños orgánicos o con escasa dotación congénita. Actualmente, y como si de este modo se ejerciera menor discriminación, se habla de "personas con necesidades especiales", concepto que no es este el lugar para discutir.

Cuando refiero a que son las madres las que utilizan este apelativo, describo así que son casi siempre ellas las que dan la información sobre los pacientes que nos ocupan. Esto no es sintomático en sí mismo: en la mayoría de las consultas son las madres las que se presentan y reportan, en un "paso de la danza familiar" (como llamaba a la dinámica interna de los grupos familiares Carl Whittaker) determinado por la cultura de género tradicional, según la cual la fun-

ción de crianza, y por lo tanto la memoria del pasado, es función atribuida a la mujer. Tanto así que cuando concurren a la consulta en la que intentamos reconstruir la historia del sujeto "protagonista" (o por el momento, al menos el actor principal), los padres del caso permanecen silenciosos, con una actitud "obediente", agregando alguna información, salvo en aquellos casos en que se ha instalado previamente en la pareja un cisma de tal profundidad que coloca en disenso hasta las prerrogativas de género, entablándose entonces "duelos casi armados", donde no sólo se trata de visiones diferentes sino, también de inculpaciones, acusaciones e intentos de que en este acto "se dirima justicieramente" la vieja pugna entre ambos, de la cual el hijo es, a la vez, víctima propiciatoria y "capitalizador que las explotará en su supuesto beneficio".

Además de constituirse en "la relatora oficial" de la historia, es en extremo frecuente que junto con la descripción de lo que consideran "especial" en este hijo, diferenciándolo de el o los otros hermanos, escuchemos que también se habla sobre un vínculo "especial", de particular apego entre la madre y el chico, relación alimentada por variadas "razones": embarazos complicados, partos difíciles, problemas en el puerperio, o bien interurrencias varias durante el crecimiento, ya sea en el plano físico o en la maduración.

No hay duda de que el desarrollo de la idea de la transmisión trigeneracional de la enfermedad de Murray Bowen se aplica en este caso: se trata de la formalización de un diagnóstico materno (muchas veces confirmado por profesionales a los que se ha consultado durante la infancia, y que se erige a partir de pequeñas debilidades o desviaciones que se tornan eje de atención y tratamiento "especial".

En apariencia, se trata de "un grande amor" por este hijo. Y, sin embargo, sospechamos de la presencia de afectos inversos y ocultos: en nuestra opinión, tanta devoción probablemente encubre un nivel variado de hostilidad o conflicto, imposible de tolerar "moralmente" por la madre, que se esfuerza por tal motivo en satisfacer más allá de lo sano y esperable los tan mentados reclamos y demandas excesivas de estos chicos.

Pero, paradójicamente, ellos suelen quejarse de no haber contado con la atención y asistencia necesaria por parte de sus padres. Lo que, en algunos casos, podría ser verosímil objetivamente, pero no siempre el sentido de realidad acompaña la visión del involucrado.

Si recordamos que D.W. Winnicott señalaba a partir de su trabajo con muchachos víctimas de abandono o maltrato en la post-guerra que los niveles de rabia, conducta disocial y dificultades de conducta se conectaban con la falla básica del apego y contención primarios, podemos construir alguna hipótesis, para la que encontraremos posible confirmación en los tests.

Al administrar tests para evaluar la extensión y profundidad de las dificultades que presentan estos jóvenes, encontramos algunos datos reveladores:

- En un monto importante de casos, cuando se les pide que dibujen "una familia de animales haciendo algo", la producción es "especial" o diferente de otros tipos de pacientes en consulta: confirmando lo ya observado en relación con la escasa participación paterna, dibujan familias monoparentales, donde es claro que el adulto es la progenitora (dado que es muy habitual que la acción involucrada en la representa-

ción sea la de lactar).

- No son infrecuentes las respuestas en las que sólo se incluyen dos adultos, como si sintieran que "no hubo lugar para ser incorporado" como tercero. En relación con esta fantasía, encontramos una información de tipo concurrente:

- Al administrar el test del Animal, observamos que la distribución de elecciones no parece apartarse de la común en otros grupos de población, pero sí que con gran frecuencia las historias que relatan sean referidas a situaciones de orfandad, abandono, búsqueda de un lugar, resueltas ya sea "exitosamente con una adopción que compensa de pérdidas y carencias", o con la pérdida definitiva de la vida.

- En el test del Concepto Más Desagradable, en el que las elecciones en la población general se distribuyen en dos grandes áreas: la idea de la muerte (representada de diversos modos, aunque predominan los ataúdes y cruces de tumbas) o una pluralidad casi infinita y de tipo patognomónica de la individualidad, recataremos una peculiaridad de este agrupamiento clínico. Hay un número más que considerable de representaciones de la muerte, pero con características peculiares: giran en torno a "matar o morir", donde aparecen figuras con armas, que dan muerte a otro, siendo alternativas posibles las del rol pasivo o activo de la escena de los propios sujetos o algún miembro de la familia. No es infrecuente la representación de una escena de obvia relación con esta idea: la prisión (es decir la escena que sigue al crimen del caso).

Es importante aclarar que la población sobre la que giran estas reflexiones está constituida por un número suficiente de casos como para arriesgar algunas hipótesis. (Un trabajo

¿Los adictos son "chicos especiales"?

más formalizado y con estadísticas está en proceso).

Es cierto que entre los jóvenes adictos que hemos evaluado hay un porcentaje importante que ha incurrido en conductas delictivas o disociales, pero no son todos.

No podemos dejar de pensar en lo dicho anteriormente: se trata de reacciones condicionadas por la falla en la apropiada contención primaria, tal como se refleja en la "ausencia del padre", la sobredependencia de la figura materna, muchas veces omnipresente pero no suficientemente satisfactoria, por lo que se genera un monto de agresividad que termina por expresarse en agudos o crónicos reclamos intrafamiliares pero también desplazados sobre un marco social que, de la misma manera, no cumple adecuada y de modo suficiente o "buenamente" (como pedía Winnicott) con su función.

Buenos Aires, julio de 2009

CAPÍTULO 10

Hacia el tratamiento, el circuito administrativo

Ruth Lanis

Para comenzar a explicar cuál es la forma en la que el paciente llega a realizar el tratamiento, es necesario aclarar algunos detalles importantes correspondientes al trámite administrativo.

En muchas oportunidades se comunican familiares desesperados pidiendo ayuda para resolver la situación, en algunas ocasiones críticas, que viven con sus seres queridos. En la mayoría de los casos podemos ver que les falta información para saber cómo manejarse frente a la necesidad de gestionar el tratamiento adecuado, ya que, como habrán leído en otros capítulos del presente libro, no siempre se requiere la misma modalidad de abordaje en el tratamiento de rehabilitación del drogadependiente.

Cuando las organizaciones de la sociedad civil que ofrecen asistencia, en este caso en el área de las adicciones, es decir es prestadora de servicios y para dicho fin, se vincula tanto con el Estado como con el Mercado, ya sea porque desde estos sectores efectúan la derivación o por ser quienes otorgan la cobertura sobre los costos del tratamiento.

Los tres sectores

Se afirma que la comunidad está dividida en tres sectores: el primer sector es el Estado, el segundo sector es el Mercado que corresponde a las empresas lucrativas y el tercer sector es el de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

Cada uno de los tres sectores tiene funciones específicas:

ESTADO

Tiene como función indelegable, garantizar una buena calidad de vida para la población, en las áreas de educación, salud, vivienda, trabajo y seguridad.

MERCADO

Representado por las empresas, tiene como objetivo principal generar ganancias, utilidades, que son distribuidas entre sus propietarios o accionistas

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Su misión principal es promover el bienestar general, sin fines de lucro, fomentar la participación ciudadana; dar respuesta a las inquietudes de los habitantes, promover la defensa de derechos de comunidades o grupos vulnerables, canalizar el protagonismo social, dar respuesta a diversas problemáticas.

Tipos de Organizaciones de la Sociedad Civil

- Asociaciones Civiles
- Fundaciones
- Mutuales
- Cooperativas
- Asociaciones de Hecho

Las Organizaciones de la Sociedad Civil son agentes de cambio humano, su "producto" es un paciente curado, un niño que aprende, un muchacho o muchacha transformado en un adulto que se respeta a sí mismo, una vida humana enteramente cambiada.

Sus características primordiales son: estar basadas en una

ideología solidaria y altruista, son entidades sin fines de lucro, son prestadoras de servicios para usuarios, destinatarios o beneficiarios, no tienen "clientes".

Casa del Sur es una Asociación Civil Sin Fines de Lucro, como otras instituciones, posee mecanismos administrativos internos para la evaluación y admisión de los pacientes.

Existen dos preguntas fundamentales a la hora de solicitar una vacante para la realización del tratamiento para la rehabilitación de un paciente:

¿Él/ ella tiene voluntad de hacer el tratamiento?

¿Quién le dará la cobertura para efectuarlo?

Tipos de pacientes

EL PACIENTE VOLUNTARIO

En relación al primer punto, en caso de ser positiva la respuesta, es decir que sea una internación voluntaria son requisitos:

- Que tenga cobertura para hacer el tratamiento (obra social, prepaga, en forma privada).
- Evaluación pertinente de quien lo deriva (psicólogo, psiquiatra, institución que solicita el tratamiento).

EL PACIENTE JUDICIALIZADO

Si esto no es así, quiero decir, si el paciente no tiene voluntad de hacerlo, lo conveniente es tramitar en el juzgado civil o de familia una causa de "protección de persona", entendiendo que está en una situación en la que corre riesgo tanto su vida como la de terceros por causa de su enferme-

dad. Es por este motivo que la actuación de la justicia es fundamental, ya que será por medio de este recurso legal que efectuarán las acciones pertinentes para garantizar, incluso mediante la fuerza pública, la realización del tratamiento de rehabilitación.

Los pacientes judicializados pueden ser de dos tipos: asistenciales o penales, estos últimos son aquellos que tengan causas de estas características.

Cobertura del tratamiento

Es necesario que el paciente cuente con algún tipo de cobertura para poder hacer el tratamiento, esto es preciso para cualquiera de las modalidades que requiera, sea en el marco del tratamiento ambulatorio, hospital de día, internación en comunidad terapéutica abierta o comunidad terapéutica a puertas cerradas.

Ésta puede efectuarse por medio de obras sociales, de medicina prepaga o en forma particular. En caso de no contar con ninguna de las opciones mencionadas, puede ser mediante una beca otorgada por organismos del Estado Nacional y/o Provincial.

Cobertura por parte del Estado

SEDRONAR

- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico -

Cubre el tratamiento de los pacientes que están domicilia-

dos, según el D.N.I., en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Organismo o Juzgado evalúa al paciente y realiza su derivación a la institución.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES:

- Según la edad del paciente –

Secretaría de Minoridad de la Prov. de Buenos Aires

Requisitos:

- Hasta 18 años.
- Orden de internación – Ministerio Desarrollo Social.
- CPA (Centro de Prevención de Adicciones): Evaluación, certificado para el cumplimiento de medida.
- Orden judicial – Oficio.

SUBSECRETARÍA DE ADICCIONES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Requisitos:

- Mayores de 18 años.
- Orden de internación – Ministerio Desarrollo Social.
- CPA (Centro de Prevención de Adicciones): Evaluación, certificado para el cumplimiento de medida.
- Orden judicial - Oficio.

OTRAS PROVINCIAS:

Existen diferentes disposiciones según la provincia:

- Orden de internación – Ministerio de Salud u organismo pertinente.
- Evaluación, certificado para el cumplimiento de medida.

- Orden judicial – Oficio.

Obras Sociales y Prepagas

Prestación obligatoria - Ley N° 24.455

OBRAS SOCIALES

La obra social determinará a qué comunidad terapéutica tiene que ir el paciente, ya que tiene que tener convenio con la institución a la cual lo deriva.

A la documentación mencionada anteriormente se le suma el presupuesto realizado por la institución, el mismo debe ser aprobado para tramitar la vacante del paciente.

PREPAGAS

Se aplica todo lo mencionado anteriormente, cabe aclarar que algunas dan la cobertura bajo la modalidad de reintegro.

Cuando se haya cumplimentado la documentación pertinente comienzan los mecanismos internos. Es evaluado el informe de derivación para poder determinar si reúne las condiciones para ingresar a la institución y designar en cual de las sedes corresponde a la atención requerida.