

GUÍA PARA PADRES

**Todo lo que usted debe saber sobre las
adicciones**

Pablo Rossi

El contenido de este libro podrá ser copiado por cualquier medio, en forma total o parcial sin autorización del autor, solamente haciendo mención de la fuente.

©2004 Pablo Rossi

©2004 Editorial El Escriba

Sunchales 721 - Capital - Buenos Aires Argentina.

Tel: 4582-5315 - E-mail: ed_elescriba@yahoo.com.ar

I.S.B.N.: 987-1058-

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.

Usted puede acceder al contenido de este libro en nuestra página web:

www.manantiales.org. pudiendo ser utilizado siempre que se mencione la fuente.

Impreso en talleres propios en el mes de mayo de 2004

Impreso en Argentina.

Agradecemos el apoyo solidario de la Municipalidad de San Isidro en la continua labor preventiva de las adicciones.

El contenido de este libro podrá ser copiado por cualquier medio, en forma total o parcial sin autorización del autor, solamente haciendo mención de la fuente. También puede acceder al contenido de este libro en nuestra página web: www.manantiales.org, pudiendo ser utilizado siempre que se mencione la fuente.

Presentación institucional

Fundación Manantiales es una entidad de bien público internacional, con sedes en Argentina, Brasil y en Uruguay dedicadas a la Investigación, Prevención y Asistencia de las adicciones. Su prestigio, en el área de la salud, se debe a la permanente capacitación internacional de su staff y al profesionalismo en el abordaje de esta patología. Actualmente, aproximadamente 220 personas se encuentran realizando diversos tratamientos con un 94 % de efectividad en la recuperación.

Ha creado, además, INFODROGA e INFOANOREXIA. Estos servicios son totalmente gratuitos para toda la comunidad y se encuentran en Buenos Aires, llamando al 4382-8500.

Se encuentra habilitada para realizar Tratamientos de Comunidad Terapéutica Profesional (internación), Comunidad de día, Comunidad de Medio Día y Tratamientos Ambulatorios. Además se realizan grupos de padres completamente gratuitos a fin de evaluar la mejor manera de encarar la patología de sus hijos y convencerlos, cuando no desean hacerlo, de realizar un tratamiento que los devuelva a un proyecto de vida. Estas reuniones se llevan a cabo todos los miércoles a las 19 hs. en nuestra Sede Central y son libres y gratuitas.

Recientemente Fundación Manantiales -única institución en Argentina y Uruguay- suscribió un acuerdo con la UNDCP (Programa para el Control de Drogas de las Naciones Unidas) y con el SESI (Servicio Social de la Industria) de Brasil para la implementación de un programa de prevención con estándares internacionales. Dirigido a empresas, instituciones y comunidades en general el objetivo es concientizar sobre esta problemática y buscar alternativas sanas de vida, por medio de la participación y el protagonismo.

Más de 20 reconocidas obras sociales y un número similar de entidades de medicina prepaga han firmado convenios de prestación con la Fundación Manantiales. La Fundación está inscripta y cuenta con todas las autorizaciones necesarias emanadas del SEDRONAR, Secretaria de Prevención y Asistencia de las Adicciones, ANSSAL (APE), Ministerio de Salud, y Municipalidad para poder brindar los servicios de Tratamientos ambulatorios, Hospital de Día, Comunidad Terapéutica y Reinserción social.

Los recursos obtenidos a través de donaciones son destinados para mejorar la calidad de los tratamientos. Existen personas carentes que tienen dificultad en acceder a estos servicios y las posibilidades de subsidio Estatal son escasas. La Fundación tiene para estos casos un sistema de becas mediante el cual se les brinda a todas las personas que recurren a ella, la mayor posibilidad de prestarle la asistencia necesaria. Es por esta razón que toda donación permite el ahorro en las áreas administrativas y sirve para que la Fundación pueda asignar más recursos para los tratamientos.

SEDES

ARGENTINA

Sede Central: Entre Ríos 831. C1080ABC Capital. 4382-8500

info@manantiales.org

consultasfm@fibertel.com.ar

Sede San Isidro: Av. Santa Fe 302 esquina Mármol (Martínez) 4747-1314

Paraná 1630 - La Lucila. Pcia. de Bs. As

Irigoin 2501 - San Miguel. Pcia. de Bs. A

URUGUAY

Sede Central: Bvrd. Artigas 1141 - Montevideo.

Tel: 402-8639 - 403-0421 - 403-2614 400 3 -400

E-mail: funman@netgate.com.uy

Instrucciones 4601 - Montevideo.

18 de Julio y 25 de Mayo - Maldonado

BRASIL

Av. Benjamín Constant 729 Bairro Floresta, Porto Alegre

Tel: (51) 3255511 E-mail: funman@ig.com.br

A mis hijos a quienes amo profundamente.

A mis colegas: Iván Reale, Mili Dutra, Juan José Aboy, Mariana Elorga, Magdalena Obispo, Leandro Pavón, Lucy Caldevilla, Marcela Panisello, Martha Mascolo, Karina Kawakami, Carola González Chaves, Claudio Orguelt, Yanina Diez, entre tanto otros, quienes me enseñan a diario, que NINGUNO DE NOSOTROS ES TAN BUENO COMO TODOS NOSOTROS JUNTOS

Índice

- Introducción
- Conceptos básicos (droga, dependencia, abuso, síntomas de la adicción)
- Fases del consumo (uso, abuso, adicción a las drogas: hábito, tolerancia, dependencia psíquica y física, abstinencia)
- Tipos de drogas: alcohol, marihuana, cocaína, éxtasis, L.S.D., opiáceos, anfetaminas, drogas de diseño, ansiolíticos)
- Familia (el entorno familiar, tipología de los grupos familiares, actitudes negativas de los padres, disfunción familiar, los roles en la familia del adicto, 12 normas para criar hijos drogadictos, familias con bajo riesgo, valores y principios familiares., establecer y aplicar normas, comunicarse con sus hijos, estar informados)
- Casos reales; Testimonios.

Introducción

Todos sabemos que en la actualidad existe en nuestro país y en todo el mundo un grave problema: las adicciones. A muchos de nosotros nos preocupa la forma en que éstas puedan afectar a nuestras familias.

Como padres deseamos lo mejor para nuestros hijos: que crezcan sanos, felices y bien preparados para enfrentar los desafíos del futuro. Pero muchas veces nos sentimos impotentes para proteger a nuestra familia de la amenaza de la droga.

Formar una familia, criar y educar a nuestros hijos es, sin lugar a duda, una de las tareas más importantes y trascendentes que una persona puede desempeñar durante la vida, pero para la cual existe menos preparación formal. La mayoría de nosotros aprendemos a ser padres solamente a través de la experiencia y siguiendo el ejemplo que nos dieron nuestros padres, aunque algunos padres hagan justamente lo contrario, si no están de acuerdo con la educación recibida.

En la actualidad, el uso difundido de las drogas somete a nuestras familias a presiones desconocidas hace tres o cuatro décadas. Es importante que los padres de familias nos preparemos para hacer frente a este problema desde el seno de nuestro hogar.

Las familias han cambiado, hace tiempo atrás las relaciones entre padres e hijos eran muy rígidas y en éstas no había espacio para la libre iniciativa y la creatividad. 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 del rol fundante del afecto en el desarrollo de la personalidad sana.

Afortunadamente con el advenimiento de las nuevas ciencias, como la psicología, las relaciones entre padres e hijos fueron mejorando, a tal punto, que hoy día un hombre puede demostrar afecto a su hijo sin que sea mal visto. Muchos de estos logros se los debemos al psicoanálisis que puso de manifiesto -entre otras cosas- que una persona está condicionada a ser feliz o enferma según la relación que sus padres hayan establecido con ella en su infancia.

La situación ha cambiado, hemos ganado un precioso terreno, pero lamentablemente llegamos a un polo opuesto creándose en algunos padres una

especie de contra-cultura de pseudo libertad. Actualmente encontramos padres excesivamente permisivos que confunden 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 y optará por evadirse.

También aquel joven que sólo recibió frustraciones será una persona frustrada que seguramente también optará por evadirse de esa realidad.

El amor, al igual que la frustración, hace crecer a una persona. Lo mismo pasa con los límites; si éstos tienden a sobreproteger al hijo, lo ahogan y lo asfixian, convirtiéndolo en una persona dependiente. Es el caso típico de un joven de 18 años al cual no le permiten ir a bailar por miedo a que algo le suceda. Contrariamente, un padre que no pone límites a su hijo favorece el desarrollo de una personalidad de características psicopáticas, y la imagen de autoridad que no le fue transmitida en el hogar será buscada a través de conductas transgresoras en autoridades sociales como la policía o el poder judicial.

La experiencia clínica nos muestra que los padres que no ponen límites lo hacen básicamente por tres razones: 1) por miedo al rechazo por parte de los hijos, 2) por miedo a ser anticuados 3) por comodidad, ya que es más fácil decir siempre "sí".

El trabajo a diario con jóvenes que sufren patologías adictivas como la drogadicción, nos muestra la dificultad de los padres para establecer límites a conductas inapropiadas previas a la adicción, cierto fracaso en el rol normativo, no así en el nutritivo. Los adictos por regla general, son personas que tienen carencias de límites (no afectivas), es decir en la incorporación de la norma. Un país sin un código interno o constitución se transforma en una anarquía. Lo mismo pasa con las familias.

No existen vacunas contra la droga ni soluciones mágicas. Sólo los valores y normas familiares opuestos al uso de drogas, un fuerte vínculo entre padres e hijos y una comunicación abierta, como así también el manejo de la adecuada información respecto al tema, promoverán el desarrollo saludable y reducirán las posibilidades de que nuestros jóvenes recurran a las drogas.

Conceptos básicos

Con el nombre de **droga** se designa en sentido genérico a toda sustancia mineral, vegetal o animal que se utiliza en la industria o en la medicina y que posee efectos estimulantes, depresores o narcóticos o, como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) a cualquier sustancia que, introducida en cualquier organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones.

La definición internacional de drogadicción postulada por el Comité de Expertos convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que **dependencia** a las drogas es un “estado psíquico y a veces también físico que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por modificaciones de la conducta y otras reacciones que siempre comprenden una pulsión que lleva a tomar el medicamento de modo continuo o periódico para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia. El mismo individuo puede depender de varios medicamentos”.

En cuanto al **abuso** de medicamentos la OMS lo define como un “uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con su empleo médico aceptable”.

Las causas de la drogadependencia son múltiples y por lo general complejas y articuladas. No todas las personas que tienen carencias afectivas desarrollan algún tipo de adicción. Hay una serie de factores que actúan para que la enfermedad se desencadene. Según la OMS, la drogadependencia es el producto de la interacción de tres elementos:

- 1) la persona,
- 2) la droga y
- 3) el medio ambiente o momento socio-cultural.

Se ha observado en los últimos años, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, que la edad de iniciación en el consumo de drogas ha disminuido notablemente. Hace dos décadas, los grupos de consumo -constituidos por artistas, literatos, poetas, músicos, etcétera- oscilaban entre los veinticinco y los treinta años. Actualmente, son los adolescentes y pre-adolescentes quienes configuran el grupo humano de alto riesgo, expuesto al peligro de convertirse en usuarios. En estos casos, las características de la personalidad que favorecen la drogadependencia son las siguientes:

- Personalidad mal integrada.
- Desajustes emocionales, intelectuales y sociales.
- Inmadurez.
- Angustia.
- Personalidad neurótica, psicótica o psicopática.
- Penoso despliegue existencial.
- Baja autoestima.
- Situaciones de abandono afectivo.
- Búsqueda de identidad.
- Curiosidad.
- Deseos de sentirse mayor.
- Deseos de sentirse bien.

Otros factores a tener en cuenta son el descontento con la calidad de vida, la ausencia de un proyecto de vida, y la disconformidad con el presente. Esta lista nos indica que es posible que el adicto tenga un psiquismo medianamente bien constituido y que a pesar de ello, sienta un vacío vital que se trasluce en falta de valores, desgano existencial y carencia de normas.

Con respecto al medio ambiente, debemos distinguir entre el medio ambiente próximo o inmediato y el medio ambiente distante o mediato. Dentro del medio ambiente próximo, las situaciones que inducen al consumo de drogas son las siguientes:

- Pertener a un grupo de amigos que consumen droga. En este caso, los pares pueden presionar para que experimente. Un estudio realizado en los Estados Unidos por PANDA -un grupo de padres que brinda apoyo a quienes consumen drogas- revela que la presión de los semejantes aumenta a medida que el niño crece. Esta presión se cuantifica en un 35% para cuarto grado y en un 75% para la escuela secundaria.
- Pertener a una familia que cuenta -de manera manifiesta o encubierta- con uno o más miembros adictos, ya sea al alcohol, al cigarrillo, al trabajo, al juego, a la comida, a un medicamento, etcétera. Por estar socialmente aceptadas estas formas de adicción carecen de rotulación clínica. No obstante, actúan como modelo que predispone al consumo de drogas.

- Tener un dependiente en algún lugar del árbol genealógico. La mayoría de las familias que han tenido un antecesor adicto reciben como herencia la enfermedad y son proclives a casarse con un adicto, llegar a ser adictas o tener hijos adictos.
- Vivir en un ambiente familiar desfavorable y tener fácil acceso a sustancias que producen dependencia.
- Sufrir abandono por ausencia física o por sobreprotección.
- Falta de límites y otro tipo de disfunciones familiares.

Dentro del ambiente distante o mediato, los factores que desencadenen el proceso de la drogadependencia son los siguientes:

- A menudo la droga y el alcohol aparecen en el cine o la televisión como diversiones atractivas.
- Las bebidas alcohólicas están presentes en la mayoría de los hogares. Además, los adolescentes pueden comprarlo sin mayores problemas aunque su expendio a menores esté penalizado por ley.
- Hay fuentes de aprendizaje de conductas que a veces fomentan directa o indirectamente las adicciones. Hay ejemplos de esto en la publicidad, la manera de presentar la información de los medios de comunicación, las letras de la música para adolescentes, etcétera.
- La pobreza, la falta de alimentos, el analfabetismo, los enfrentamientos sociales, la competencia demasiado intensa, la desdicha implícita en el consumismo, las migraciones, son todos fenómenos que han creado una explosiva demanda de drogas en todo el mundo.

La adicción es una enfermedad primaria o más bien un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos.

A pesar de que la manifestación clínica de la adicción depende además de las características individuales de personalidad de cada adicto, así como de las circunstancias socio-culturales que lo rodean, los síntomas siguen siendo característicos de la enfermedad.

Síntomas y características de la adicción

- **Pérdida de control del uso.** Caracterizada por episodios de uso compulsivo que llevan a invertir tiempo y energía importantes en la conducta adictiva, de modo que el adicto funciona con mayor dificultad en su vida en general. Mientras el adicto insista en usar, el descontrol seguirá afectándolo.
- **Daño o deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona.** Este deterioro se da en todas las áreas de la vida del adicto y se produce de manera progresiva, a través de las distintas etapas de la enfermedad adictiva.
- **Uso a pesar de daño.** Se manifiesta con la práctica continuada de la conducta adictiva, a pesar del daño personal y familiar involucrado. Este síntoma es característico de la adicción y cuando se presenta es un marcador importante para el diagnóstico.
- **Negación o Autoengaño.** El adicto no toma conciencia de las consecuencias que la adicción tiene en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y además se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, del cual el adicto se resiste a salir, y que además es la razón por la que el adicto insiste en volver a usar aun luego de una crisis.
- **La Memoria Eufórica.** Es un proceso de memoria selectiva mediante el cual, de manera automática, aflora un recuerdo de la euforia asociada con episodios de uso en el pasado. No se recuerda el sufrimiento o las consecuencias negativas. Por esta razón la memoria eufórica es un factor importante en las recaídas y en facilitar el autoengaño característico de la adicción.
- **El Pensamiento Adictivo.** Se le denomina al conjunto de distorsiones del pensamiento propias de la adicción, además de la negación y el autoengaño. Estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y despegan al adicto de la realidad de su enfermedad, produciendo falsas creencias.
- **La Conducta de Búsqueda.** Es un conjunto de conductas aprendidas durante el proceso adictivo que de manera subconsciente acercan al adicto con la sustancia o con la conducta de su adicción, así como a las personas, lugares o situaciones relacionadas con la misma. Esta conducta es evidente para los que observan al adicto, pero no así para el adicto quien no se da cuenta del riesgo.

- **Los Deseos Automáticos.** Son disparados por las situaciones, los lugares y las personas relacionadas con el uso, de modo que evocan memorias eufóricas asociadas a deseos de usar que se acompañan de ansiedad e ideas repetidas de uso. Estos deseos continúan presentándose durante un largo periodo, aun estando el adicto en abstinencia y en recuperación.
- **Obsesión o preocupación excesiva con respecto a las situaciones de uso y consumo.** Esto lleva a invertir una energía mental desproporcionada en el proceso de adicción que resta importancia a las actividades vitales del adicto.
- **Congelamiento Emocional.** Producto de los cambios bioquímicos en el cerebro y además de las distorsiones psico-emocionales del proceso adictivo. Dificultad para identificar, manejar e interpretar los sentimientos, así como una actitud de intolerancia a algunas emociones, buscando el uso como una forma de anestesia emocional, logrando evadirse de los sentimientos displacenteros.

Estos síntomas se pueden presentar todos juntos o de manera selectiva y con distinta intensidad en un momento dado, así como pueden variar a lo largo del tiempo y con el avance de la enfermedad adictiva.

Fases del consumo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la droga “es una sustancia que puede tener o no aplicación médica legítima. Cuando de ella se abusa, por autoadministración para fines distintos de los legítimos en medicina, puede provocar modificaciones perniciosas e imprevisibles en el organismo humano, en los sentimientos y en las ideas”.

La drogadependencia o farmacodependencia es el nombre técnico de la drogadicción. Generalmente se la conoce como toxicomanía, abuso de drogas o narcomanía. La drogadependencia deriva en un estado de intoxicación periódica producida por el consumo repetido de una droga, la cual puede ser natural o sintética, que altera las condiciones psíquicas del individuo y crea fácilmente una situación de dependencia.

El camino de la drogadependencia pasa por tres etapas:

- 1) Uso o consumo experimental u ocasional.
- 2) Abuso.
- 3) Adicción o Dependencia.

Uso o consumo experimental u ocasional

Desde el punto de vista toxicológico, se define como consumo experimental u ocasional la utilización de la misma droga frente a un mismo estímulo cuando esto no tiene regularidad en el tiempo. Es el caso, por ejemplo, del estudiante que se ha acostumbrado a recurrir a la anfetamina frente a la estimulación de un examen, pero que lo hace exclusivamente ante esa motivación. O el adolescente que en reuniones sociales, estimulado por la invitación de grupos proclives, acepta drogas pensando que “probar una vez o usar de vez en cuando no produce daño”.

Estos son casos de “usadores de drogas” y están en la primera fase de una reacción en cadena que de no ser detenida a cierto nivel lleva indefectiblemente al estadio siguiente del consumo.

Quienes incurren en el uso experimental de la droga, generalmente lo hacen impulsados por la presión social del entorno o por simple curiosidad, para ver qué se siente. Este primer momento se denomina “luna de miel” ya que los beneficios imaginados se comprueban como ciertos y los perjuicios no aparecen con la misma nitidez, por lo cual se los considera una mentira o una exageración.

El tiempo de duración de esta “luna de miel” se vincula en forma directa con la vía de administración que se utilice y con la dosis que se consuma. Este momento de experimentación es de enorme importancia para poder comprender lo que pasa con los adolescentes. Se trata de situaciones en las que a menudo se tiene una suerte de constatación personal de que drogarse es algo seguro y se piensa que consumir alcohol es parte de la vida, sin comprender que se está pisando el primer peldaño del camino hacia la dependencia.

Lo curioso es que a pesar de que los encuentros iniciales con la droga no son siempre gratos -pensemos en el malestar de un adolescente cuando fuma marihuana por primera vez o cuando bebe alcohol o el vómito que suele producirse en ocasiones cuando se utiliza heroína- las personas que han resuelto hacer la experiencia no se dejan vencer por estas sensaciones displacenteras. Es probable que la determinación de seguir probando esté vinculada a que la iniciación se hace en compañía de adictos avezados, que afirman que las molestias pasarán más rápido de lo que se imagina y que para superarlas es suficiente con usar las drogas un poco más.

Cuando alguien no busca por sí mismo la droga, pero sí la acepta por sugerencia de los que lo rodean, podemos hablar todavía de un uso ocasional o “social”. Suele suceder que la haya rechazado varias veces y finalmente la acepte aunque sea de tanto en tanto, lo cual lo induce a pensar que es él quien maneja la situación, que de él depende decir sí o no.

Abuso

El abuso reconoce fundamentalmente dos modalidades. Una es la utilización de la misma droga frente a diferentes estímulos, pero no todos los días. La otra está caracterizada por la variación en la droga, siempre que no ocurra cotidianamente. En este último caso, el individuo utiliza distintas drogas, de efectos contrarios y en forma compensatoria. Recurre a la cocaína para trabajar hasta la madrugada y luego usa depresores para poder dormir. Así va entrando en un círculo vicioso que es muy difícil de interrumpir aun con ayuda especializada.

Podemos decir que alguien hace uso regular de la droga cuando ésta pasa a acompañar los diferentes momentos de su vida, cuando se programa su presencia en ciertas circunstancias precisas, cuando se la empieza a vincular con las instancias gratas de la vida.

En ocasiones, el uso regular induce a pensar en la droga como en una diversión ya que el organismo no manifiesta por el momento ningún efecto molesto relevante. Pareciera que es inofensiva. Lo cierto es que se está jugando con fuego. En el

cerebro, las alteraciones a nivel del centro de recompensa se han iniciado de modo tal que es imposible prever el instante en que se dará el paso decisivo hacia el uso adictivo de la droga.

En esta etapa, el individuo se encarga de proveerse por sí mismo la droga, que consume en general una o dos veces a la semana. Aunque todavía no siente la compulsión de consumir droga, necesita asegurarse de que la tiene, de que tendrá acceso a ella.

Adicción a las drogas

Para que una persona sea considerada adicta debe presentar una necesidad imperiosa de consumir una sustancia, a la que trata de conseguir al costo que sea, sin medir las posibles consecuencias negativas que el acto pueda tener. Más arriba dijimos que cualquier actividad se puede convertir en una adicción. Eso depende del modo en que el individuo se relacione con ella. La diferencia está en saber distinguir cuando se está frente a una pasión sana o frente a una que no lo es. Estamos en presencia de una adicción cuando ésta ejerce una influencia destructiva sobre el individuo que la padece. Debe tratarse de un hábito que entorpece la relación con el entorno social e impide el desenvolvimiento normal de la vida.

La adicción surge cuando el ciclo adquiere regularidad en tiempo y se hace permanente. En el caso de las drogas, sean éstas legales o ilegales, el uso adictivo se instaura cuando la voluntad deja de dominar los actos del individuo y su objetivo primordial pasa a ser conseguir y consumir la sustancia de la cual depende, aun cuando ese consumo no le proporcione la euforia que obtuvo en otro momento. Aunque lo niegue, la persona puede llegar a concebir como imposible dejar la droga o ponerse límites. A pesar de los esfuerzos que puede hacer para lograrlo —a veces duran días, y otras, semanas o meses— el deseo reaparece y ya no puede decidirse por una negativa. Tiene que conseguir la droga por el medio que sea y todo aquello que se ponga delante de ese deseo será acometido con desesperación.

Sabemos que la iniciación en el consumo de droga está condicionada por circunstancias como el temor al enojo y la desesperación de sus padres, la posibilidad de conseguir la sustancia, el costo que le demanda obtenerla y otras. Sin embargo, cuando la adicción ya es un hecho no habrá temores ni costos que disuadan al adicto. Su deseo superará todos sus principios y no habrá precio excesivo que pagar a cambio de la droga.

En el caso del alcohol y del tabaco, quien los consume no se siente en evidencia ante los demás debido a que ambos elementos son socialmente aceptados y no

generan repudio. Además, para la mayoría de las personas, comprar y consumir tabaco o alcohol no implica por lo general —sobre todo en el caso del tabaco— dejar de comer o de solventar otras necesidades primarias. No sucede lo mismo con aquellos que consumen drogas como la heroína o la cocaína, quienes son capaces de posponerlo todo ante la necesidad de la droga.

Las primeras consecuencias visibles del consumo de drogas aparecen ante los ojos del adicto como simples casualidades, como accidentes ocasionales y pasajeros. En la etapa primera del síndrome, estos efectos no son registrados en su gravedad y suelen aparecer como ataques de pánico o de ansiedad, ataques de asma (luego del uso de marihuana), o paranoia (luego de una dosis de cocaína).

Estos efectos se reiteran con el correr del tiempo y se hacen más perceptibles. A menudo se desea entonces terminar con las consecuencias que ocasiona el consumo y al mismo tiempo seguir tomando la droga, lo cual es imposible. Quienes logran dejar la droga están obligados a luchar en forma permanente para mantenerse firmes y no flaquear, ya que la tentación de volver a consumir les quedará por algunos años y a veces de por vida.

Las modificaciones que se producen en el organismo de quien consume drogas regular y compulsivamente está vinculadas al hábito, al acostumbramiento o tolerancia y a la dependencia. Analizaremos estos términos para clarificar la definición.

Hábito. Es la adaptación del organismo a la droga. En el transcurso del tiempo, la misma dosis tiende a disminuir el efecto. Esto implica que para mantener un mismo nivel de respuesta, se deberá incrementar progresivamente el consumo.

Acostumbramiento o tolerancia. Es la facultad que tiene el organismo, a través del tiempo, de poder soportar dosis elevadas de una droga. Cada droga tiene sus consecuencias específicas y reacciones adversas. La tolerancia es un estado de adaptación por el cual el organismo puede absorber una cantidad de droga que para una persona no adicta sería altamente tóxica o incluso mortal. Se han visto casos de adictos a la morfina que se inyectaban dosis cincuenta veces superiores a la necesaria para calmar cualquier dolor, sin graves consecuencias. La tolerancia en un individuo se pone de manifiesto cuando para poder producir el mismo efecto, demanda una dosis mayor de droga. También se habla de “tolerancia cruzada” cuando la tolerancia hacia una droga induce al organismo a generar tolerancia hacia otra que el individuo nunca ha consumido. Otro caso es el de la “tolerancia inversa”, que se da con ciertos fármacos que producen efectos aun en dosis decrecientes. La “tolerancia farmacocinética” se refiere a la forma en que la droga es metabolizada dentro del organismo -más

allá de la conducta que pueda adoptar el individuo- y la “tolerancia funcional” es la que se refiere a los sitios precisos en los cuales la droga actúa como, por ejemplo, los neurotransmisores interneuronales.

Dependencia. Es la sujeción del individuo a la droga. En esta etapa es prácticamente imposible la recuperación del adicto por sus propios medios. Hablamos de “dependencia cruzada” cuando dicha droga puede ser reemplazada por otra y provocar en el organismo un efecto semejante. Antes se creía que la adicción grave se reducía a la dependencia física -o sea, a los cambios biológicos que afectan al cuerpo-, hoy se da igual importancia a la dependencia psíquica. La dependencia es el resultado de un proceso de acomodamiento psicológico, fisiológico y bioquímico del organismo frente al uso constante de una droga.

Dependencia psíquica. Se caracteriza por la necesidad de consumir droga para desarrollar todas las actividades. Produce una situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso que exigen la administración regular o continua de determinada sustancia para evitar malestares. Ese estado mental es el más fuerte de todos los factores comprometidos en la intoxicación crónica con drogas psicotrópicas y puede ser el único motivo en ciertos tipos de drogas. Por ejemplo: aunque en la práctica el tabaco presenta síntomas de abstinencia no muy intensos, millones de fumadores aseguran que no pueden dejar de fumar.

Dependencia física. Es un estado de adaptación del organismo que, llegado a este punto, produce síntomas intolerables de abstinencia en caso de que se suspenda la ingestión de la droga. En este caso el tóxico ya está incorporado a la fisiología del individuo y es un elemento vital e imprescindible como el sodio, el potasio, etcétera. Se dan casos en los que la brusca supresión de la droga produce un colapso e incluso la muerte.

Síndrome de abstinencia. Se manifiesta como angustia y ansiedad, en el caso de la dependencia psíquica, y con síntomas como aceleración del pulso, alteraciones pupilares, sudor copioso, trastornos intestinales, vómitos, temblores, calambres y agitación, en el caso de la dependencia física. Ese malestar general agudo desaparece cuando se ingiere otra vez el tóxico habitual. Presenciar el síndrome de abstinencia en una persona que ha desarrollado una completa dependencia física y psíquica respecto de los opiáceos (opio, morfina o heroína) es desgarrador. Unas doce horas después de la última ingestión de droga el toxicómano empieza a sentirse trastornado. Se apodera de él una sensación de

intranquilidad, bostezo, tiembla y suda simultáneamente. Al mismo tiempo lagrimea y exuda un líquido por la nariz, que el adicto describe como “agua caliente subiendo por la boca”. Después sufre durante horas unas sacudidas irregulares, en un sueño desasosegado e intranquilo, conocido entre los toxicómanos con el nombre de “sueño de anhelo”. Cuando se despierta ya han pasado dieciocho o veinticuatro horas desde la última toma. Empieza entonces a sumergirse en los abismos más profundos de su infierno personal.

Los bostezos pueden ser tan violentos como para dislocar la mandíbula. De la nariz manan mucosidades acuosas y gran cantidad de lágrimas fluyen de los ojos. Las pupilas aparecen enormemente dilatadas, el vello del cuerpo está erizado, la piel se muestra fría y presenta la típica “carne de gallina” -en el lenguaje de los toxicómanos, “pavo frío”-, y los intestinos empiezan a actuar con un ímpetu insospechado. Oleadas de contracciones pasan a través de las paredes del estómago y causan vómitos explosivos, frecuentemente teñidos de sangre. Estas contracciones son tan violentas que la piel del abdomen se ve arrugada y llena de nudos. El dolor abdominal se va incrementando y los calambres intestinales, que se suceden sin cesar, llegan a provocar más de sesenta deposiciones acuosas.

Treinta y seis horas después de la última ingestión de droga el toxicómano ofrece un aspecto verdaderamente pavoroso. En un esfuerzo desesperado por disminuir los escalofríos que le recorren el cuerpo, se cubre con todas las mantas que halla a su alcance. Se agita involuntariamente. Durante este período del síndrome, el toxicómano no puede dormir ni descansar. O bien se levanta y camina de un lado hacia otro, o bien se echa en el suelo cuando los calambres son más fuertes. Salvo que se trate de un individuo excepcionalmente estoico -y de hecho, pocos toxicómanos lo son- grita con desesperación.

La cantidad de líquido que segrega por los ojos y por la nariz es enorme; la de fluido procedente del estómago y de los intestinos es muy abundante y el sudor que excreta el cuerpo alcanza para empapar la ropa de la cama y el colchón. El toxicómano siente durante este período crítico permanentes orgasmos que lejos de causarle placer, son dolorosos. Sin comer ni beber, adelgaza rápidamente y en veinticuatro horas puede perder hasta cinco kilos. La debilidad puede llegar a impedirle levantar la cabeza.

En algunos casos los médicos temen la muerte y le suministran algo de droga. Entonces es sorprendente ver cómo alguien que estaba en un estado lamentable, de pronto se transforma por completo y hasta sonrío. Se trata, por supuesto, de un engaño. Si no se le vuelve a dar droga, los síntomas reaparecen en pocas horas. Si se insiste en la abstinencia, los síntomas van decreciendo en seis o siete días. Después, el paciente queda extenuado y por lo general con una colitis persistente.

Tipos de drogas

Existen diferentes criterios para clasificar a las drogas. Se las puede agrupar según los efectos que producen, la procedencia, la intensidad de la adicción que provocan, el tipo de dependencia, según la potencialidad farmacológica, si son legales o ilegales, suaves o duras, y muchas otras variantes.

Clasificar las drogas como legales o ilegales resulta por demás subjetivo ya que se trata de una variable que depende de factores culturales, económicos e incluso políticos. Por otra parte, decir que una droga es blanda, en contraposición a otras que serían duras, puede generar la ilusión de que existen drogas inofensivas, lo cual es una falacia. Así se determina que drogas duras son los opiáceos, los barbitúricos, el alcohol, la cocaína y las anfetaminas, en ese orden de importancia. Y las drogas blandas serían las que, por no producir dependencia física al usuario, se podrían dejar de consumir sin sufrir consecuencias graves (marihuana, cafeína, tabaco). Esta clasificación data de los años '70 cuando se creía que la marihuana no era peligrosa, afirmación ésta que fue desmentida por investigaciones científicas realizadas en los '80, y que actualmente se continúa investigando si su acción podría mejorar algunas de las condiciones de los pacientes que padecen enfermedades terminales.

Otra variante de clasificación es la que se hace entre drogas "naturales" (marihuana, hachís, cocaína, opio) y "sintéticas", es decir, obtenidas por procedimientos químicos (barbitúricos, anfetaminas, tranquilizantes, LSD). También están las sustancias "industriales", llamadas "drogas de la pobreza" porque son fáciles de obtener y de bajo costo (pegamentos y combustibles).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó las drogas que pueden generar dependencia agrupando las que tienen efectos análogos e inducen pautas de comportamiento similares en los usuarios. Siguiendo este criterio, se propusieron las siguientes categorías:

- Alcohol y barbitúricos
- Anfetaminas
- Cannabis (marihuana, hachís)
- Cocaína
- Alucinógenos (LSD y similares)
- Opiáceos
- Disolventes volátiles (pegamentos, productos industriales)
- Tabaco

A partir de la clasificación de la OMS podemos hablar de tres grandes grupos: estimulantes, depresores y alucinógenos.

Son **estimulantes** las anfetaminas, la cocaína, el éxtasis y las metilxantinas (cafeína, teofilina, mateína y otros). Estas drogas alteran el estado mental y estimulan el cerebro y el sistema nervioso central. El efecto que producen es el de aumentar y acelerar la actividad funcional. La forma de administración es variada: puede ser mediante ingestión, inyectada por vía intravenosa o aspirada por mucosas nasales.

Los **depresores** son los tranquilizantes (benzodiazepinas), los hipnóticos (barbitúricos y alcoholes), los analgésicos narcóticos (codeína, morfina, heroína, metadona y otros), los anestésicos (éter, cloroformo y otros) y los disolventes inhalantes (acetona, tolueno y otros). Estas sustancias inducen al sueño y a relajar el sistema nervioso y deprimen o disminuyen la actividad corporal. La administración puede realizarse por vía intravenosa, oral o fumándolas.

Dentro del grupo de los **alucinógenos** podemos incluir al LSD (dietilamida del ácido lisérgico), el peyote, la mezcalina, el PCP, y los cannabis: hachís, aceite de hash y marihuana. Estas drogas provocan en el individuo una alienación pasajera de la actividad psíquica, con distorsiones perceptuales y desplazamiento de la imaginación. Producen delirios, alucinaciones y estados de confusión y despersonalización.

La dependencia a las drogas deriva de una compleja interrelación entre la personalidad del individuo, la situación social y el efecto de la sustancia elegida. En consecuencia, resulta muy difícil tipificar la “personalidad adictiva”. Por el mismo motivo, no se puede hablar de sustancias que generan abuso ya que esto no depende solamente de la droga en sí sino de otros factores.

Para que una conducta adicta deben existir:

- Una sustancia con características capaces de generar abuso.
- Un individuo con necesidad de un consumo frecuente.
- La concurrencia de factores tales como tolerancia, dependencia física y dependencia psíquica.
- Deterioro del individuo, de su relación con el medio familiar y con el medio social.

Dada la complejidad del problema, una manera de abordar la cuestión es analizar las drogas y sus efectos para tener una primera indicación acerca de los motivos que llevan a los adictos a elegir un determinado tipo de sustancia. Veamos, entonces, las características de las drogas más difundidas.

Bebidas alcohólicas

Teniendo en cuenta las enfermedades que acarrea, la desintegración familiar que provoca y los enormes costos sociales que genera, podría afirmarse que el alcohol es una de las drogas más peligrosas que se conoce. Puede ser causa directa de muerte a través de enfermedades como la cirrosis hepática, o indirecta como factor que provoca actos de agresión violenta y accidentes de tránsito.

¿Cuánto alcohol es necesario beber para que una persona pierda el control de sus actos? Lo mismo que ocurre con cualquier otro tipo de droga, la cantidad depende de la resistencia que cada organismo ofrece.

Una definición directa del adicto al alcohol diría que es aquel que abusa de la ingestión de bebidas alcohólicas. Pero la complejidad de los mecanismos que llevan a esta enfermedad es de tal magnitud, que es indispensable revisarlos puntualmente.

Desde el punto de vista técnico, el alcoholismo consiste en la toma excesiva y continua de bebidas que contienen alcohol etílico. El alcohol se incluye dentro de las drogas depresoras, a pesar de que sus primeros síntomas parecen ocasionar un estado de euforia. Sin embargo, tras las primeras dosis empiezan a disminuir las capacidades de juicio, de atención, de observación y de reflexión. Se entra a partir de ese momento en una fase de depresión que puede llegar hasta la pérdida de conciencia.

Si bien la dosis necesaria para intoxicarse varía de una persona a otra, cualquiera que exceda el propio límite se emborrachará. Existe, no obstante, una diferencia entre el bebedor y el alcohólico que no puede medirse cuantitativamente ni definirse con facilidad. Depende, entre otros factores, de la personalidad, la ocasión y el estado físico del individuo.

La mayoría de las personas ha experimentado, en alguna oportunidad, los efectos agradables y relajantes del alcohol. Son estos efectos los que refuerzan el uso regular y la dependencia. ¿En qué momento se cruza la línea que separa al bebedor ocasional del adicto? No existe regla fija porque el fenómeno se da en forma progresiva. De la misma manera que la obesidad no se da en veinticuatro horas sino que deviene de un aumento paulatino de peso hasta que el individuo se encuentra con una compulsión por la comida y con un exceso de kilos que se ha vuelto inmanejable, así el alcohólico puede comenzar como un bebedor social que luego alardea de su resistencia etílica y bebe hasta que sus amigos se derrumban bajo la mesa. O como un bebedor solitario que a escondidas sumerge sus frustraciones en dosis cada día más altas.

En el caso de las bebidas alcohólicas aparece el fenómeno de la tolerancia, que lleva a un incremento continuo del nivel de consumo y va creando una dependencia

física. Cuando el bebedor quiere suspender la ingesta, se producen intolerables síntomas de abstinencia que lo obligan a seguir bebiendo. De esta manera se agudiza la dependencia psicológica y fisiológica conocida como síndrome de dependencia alcohólica.

Es a partir de ese momento que la bebida adquiere prioridad sobre las demás actividades. Pasa a ser más importante que la familia, que el trabajo, que los amigos y que la salud. El empeño por ocultar la adicción y los síntomas consume todas las horas del día y toda la atención del sujeto, y eso le provoca estados alternados de angustia, irritación y autocompasión.

La sociedad actual fomenta el hábito de beber como una muestra de hospitalidad y una vía de comunicación. El vaso en la mano, lo mismo que un cigarrillo encendido, contribuye a que los individuos se distiendan en un encuentro de negocios, permite disfrutar de una reunión con amigos y disminuye la inquietud a la hora de tomar decisiones. Practicada con moderación, esta forma abierta de beber es inocua y satisfactoria, y hasta la recomiendan algunos médicos especialistas en cardiología.

¿Cuáles son las causas, entonces, que llevan a un bebedor social a cruzar la frontera del exceso? Algunas investigaciones se han orientado hacia la compleja interacción social y han demostrado, sin lugar a dudas, cómo influyen el grupo étnico, el género sexual, la ocupación, el país, el precio del alcohol y la facilidad para obtenerlo. Se ha logrado establecer, por ejemplo, que el índice de adictos varía según la tendencia religiosa. O que en los países productores de vino, donde el precio es bajo y la bebida es fácil de obtener, hay una cantidad excesiva de bebedores.

Si bien la embriaguez pública es una falta reprimible, con frecuencia el comportamiento del alcohólico es motivo de risa y tema de numerosos chistes. Pero ese comportamiento ridículo y grotesco, llevado al ámbito privado, no sólo carece de gracia sino que produce vergüenza, dolor y miedo entre los convivientes. El alcohólico hace padecer a quienes lo rodean experiencias traumáticas casi intolerables ya que desarrolla una personalidad con las siguientes características:

- Pierde la consideración de los demás.
- Protagoniza accidentes de tránsito, industriales y domésticos.
- Descuida el trabajo y termina provocando la debacle económica del grupo familiar.
- Genera daños sociales, psicológicos y físicos a otros.
- Se desvaloriza ante los ojos de los demás y ante los propios.
- Se lo excluye y castiga con desprecio, censura e incomprensión.

A pesar de estos hechos irrefutables que, por lógica, nadie desea transitar, el consumo de alcohol en el mundo está en franco aumento. En los Estados Unidos

se calcula que existen 140 millones de norteamericanos bebedores, de los cuales 18 millones tienen problemas relacionados con el alcoholismo.

Uno de los socios fundadores de Alcohólicos Anónimos escribió:

“Ningún alcohólico deja de beber permanentemente a menos que sufra un profundo cambio de personalidad. Lo primero que nos dicen cuando nos acercamos en busca de tratamiento es que debemos pensar que aunque dejemos de beber, nuestros problemas no quedarán en el pasado para siempre. Una persona que entra en abstinencia, pero no hace ningún cambio interior importante, va a sufrir una recaída tras otra o va a cambiar el elemento de su adicción porque no ataca el problema de fondo, que está dentro de él.”

Algo que el alcohólico debe saber, si desea recuperarse, es que no debe trasladar la culpa a la botella, el jefe, la esposa o el destino. Ésas son meras excusas que elabora porque no puede soportarse a sí mismo frente a las frustraciones. Por lo general, el adicto no puede resolver por sus propios medios la dificultad porque para ello necesita una conducta férrea y una enorme fuerza de voluntad. Pero, justamente, la carencia de esos dos elementos ante los problemas de la vida es lo que lo impulsó a la adicción. Después, la ingesta de alcohol acentúa progresivamente la falta de voluntad y hace del adicto una persona irritable y en ocasiones violenta que puede llegar a perder el control y a padecer “lagunas mentales” sobre lo sucedido mientras estaba alcoholizado.

El abuso de bebidas alcohólicas se asocia a todo tipo de enfermedades causantes de invalidez y muerte. Muchos delitos, peleas domésticas, abuso sexual –en especial en niños–, accidentes de tránsito, incendios y riñas callejeras, ocurren a causa de la ebriedad.

Estas características, por demás preocupantes en los adultos, adquieren visos dramáticos cuanto el alcoholismo se presenta en los adolescentes. En los jóvenes los efectos comienzan con:

- Reiterados incidentes de ebriedad.
- Dificultades en los estudios.
- Malhumor frecuente.
- Agresividad injustificada.
- Comportamientos antisociales.

Aunque las campañas para prevenir el consumo de drogas raramente lo incluyen, el alcohol es la droga más usual por los adolescentes. Los motivos que inducen al consumo son variados: curiosidad, presión del medio, rebeldías, padres bebedores, facilidad para obtenerlo.

Desde la década del '80, las bebidas gaseosas, cuyos principales destinatarios eran los jóvenes, fueron lentamente desplazadas por la cerveza en la preferencia adolescente, en especial, cuando el consumo se realiza en horarios nocturnos.

Este cambio, que es de carácter mundial, se manifestó más claramente en aquellos países cuyas legislaciones no se adaptaron a la situación ni aplicaron medidas preventivas para velar por la salud pública.

Las cifras de este nuevo fenómeno son las siguientes: en 1980 se consumían 8 litros de cerveza por persona y por año; en 1994, el consumo alcanzó los 30 litros por persona y por año. El 57% de los bebedores de cerveza pasa el límite crítico de bebida; el 8% toma sin límite. El 50% de los bebedores tiene entre 15 y 18 años; el 40%, entre 12 y 15 años. Los lugares de iniciación son las discotecas, los bares y los kioscos.

La prohibición de venta de alcohol a menores es burlada constantemente por quienes están a cargo de los despachos de bebidas ya que los comerciantes no se resignan a perder una clientela tan nutrida.

En los países que están controlando este problema de la salud pública la tendencia apunta, en primer lugar, a fortalecer la legislación acrecentando las penas para quienes venden bebidas alcohólicas a menores de edad, y al mismo tiempo se trata de impedir que las campañas publicitarias asocien alegremente alcohol con éxito, felicidad y placer. En segundo lugar, se ha reforzado la convocatoria a las familias, la escuela y la comunidad en general para que participen en la prevención del alcoholismo juvenil por medio de fuertes campañas de información y formación comunitarias.

Regular el horario de cierre de los bares y discotecas es sólo un aspecto de la lucha contra el alcoholismo adolescente. Para que una medida de ese tipo sea eficaz es necesario al mismo tiempo estimular el deporte, incentivar la participación activa de los jóvenes en proyectos comunitarios, promover la solidaridad y hacer más atractivos los programas de educación.

Numerosas encuestas realizadas entre alumnos de distintos colegios secundarios de la Capital y el Gran Buenos Aires dan cuenta de que el fenómeno del alcoholismo juvenil dejó de ser una simple posibilidad para transformarse en cruda realidad. Se sabe que el 56% de los jóvenes toman bebidas alcohólicas -en especial, cerveza- antes de entrar a una discoteca. La cantidad mínima que reconocen haber consumido es de un litro por persona. Y hay casi un 10% que toma cerveza durante la semana y a cualquier hora.

La ingesta excesiva de alcohol tiene efectos devastadores que deprimen las funciones orgánicas. El hígado, el corazón, el páncreas, las arterias y el cerebro son directa o indirectamente afectados y el bebedor se expone a riesgos considerables de sufrir enfermedades.

Las afecciones provocados por el consumo de alcohol son:

- Hepáticas. En el hígado se metaboliza el alcohol, para lo cual produce y almacena grasa. A mayor cantidad de alcohol, mayor cantidad de grasa

acumulada. Esto produce un agrandamiento del hígado por invasión de grasa que deteriora sus funciones y lo reduce y endurece. Esta enfermedad se denomina cirrosis y es, generalmente, mortal.

- **Cerebrales.** El alcohol deprime las funciones superiores; en primer lugar, las de los lóbulos frontales que gobiernan la conciencia, los valores del individuo, el juicio, la toma de decisiones, la coordinación neuromuscular, las reacciones y todo lo que tiene que ver con las funciones cognoscitivas. Luego, cuando las dosis de alcohol son muy elevadas, se deprimen las funciones cerebrales primitivas y se puede llegar a afectar el centro respiratorio. Por lo general, antes de llegar a esa instancia, se activa el centro del vómito; ello salva al bebedor de morir por sobredosis de alcohol. Con frecuencia se da el caso de usuarios que mezclan alcohol con marihuana -esto provoca la supresión del centro del vómito- y quedan expuestos a la muerte por sobredosis. Los efectos del alcohol sobre el cerebro -lo mismo que sobre otros órganos- dejan secuelas irreversibles.

- **Cardiovasculares.** El consumo de alcohol multiplica la carga de trabajo del corazón y reduce el flujo de sangre desde las coronarias. Afecta el ritmo cardíaco y provoca lo que se denomina arritmia, enfermedad de suma gravedad. También la presión sanguínea se eleva y esto pone al bebedor bajo el riesgo de sufrir un episodio de hipertensión con desenlace fatal o invalidante. Otras enfermedades que el alcoholismo desencadena en el sistema cardiovascular son: espasmos respiratorios, angina de pecho, flebitis y apoplejía.

- **Cancerosas.** Los tipos de cáncer más frecuentes en los bebedores son los de boca, esófago, estómago, hígado y vesícula. Si además de alcohólicos son fumadores, los riesgos se multiplican y alcanzan los pulmones, el páncreas, los intestinos y la próstata.

Existen además otras enfermedades como la pancreatitis y las que afectan los nervios periféricos que, además de ser fatales, son terriblemente dolorosas.

La ingesta de sustancias diversas -drogas, medicamentos, alcohol, tabaco, etcétera- durante el embarazo compromete la salud de la madre y la del feto dado que todo lo que la embarazada ingiere pasa al hijo a través de la placenta. El alcohol es sumamente tóxico para el feto, porque ingresa en el torrente sanguíneo, y para el recién nacido, porque circula a través de la leche.

Los efectos del alcohol sobre la nutrición son también negativos. Produce obesidad, desplaza alimentos sanos y provoca deficiencias que derivan en una disminución de la vitamina B, el potasio, el zinc, el magnesio, el ácido fólico y otros nutrientes imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo.

Además de las ya descritas, existe una larga lista de enfermedades que en forma directa o indirecta puede causar el alcohol. Algunas de ellas son la anorexia, la gastritis, úlceras en el aparato digestivo, neuritis periférica, epilepsia

alcohólica, síndrome amnésico de Korsakov, alucinosis paranoica, delirium tremens y varios tipos de enfermedades mentales.

La neuritis periférica es una enfermedad del sistema nervioso que se origina en la desnutrición que suelen padecer los alcohólicos, a causa de su falta de apetito crónico (anorexia). Esto provoca una importante disminución de las vitaminas del grupo B, lo cual afecta las fibras nerviosas que se extienden desde la columna vertebral hasta las manos y pies. Los primeros síntomas de la neuritis periférica son la picazón y el hormigueo de los miembros, y luego el entumecimiento. Los nervios afectados son los que dan sensibilidad a la piel, por lo que esta disfunción no permite percibir los desniveles del suelo o si se tiene algún objeto en la mano. Esto trae una torpeza involuntaria que impide realizar las tareas más sencillas y llega a provocar frecuentes caídas. En el último estadio de la enfermedad resultan afectados los nervios responsables del movimiento muscular, lo cual provoca invalidez.

La epilepsia alcohólica aparece durante el período de abstinencia del alcohol. Se debe a que la suspensión de la droga aumenta la susceptibilidad del cerebro, antes adormecido por el alcohol, para sufrir descargas eléctricas espontáneas.

La falta de vitaminas del grupo B provoca desórdenes mentales, incluso una severa alteración de la memoria que fue estudiada y descrita con exactitud por el psiquiatra ruso Korsakov con cuyo nombre fue bautizado este síndrome. La encefalopatía de Wernicke es otra afección provocada por el alcohol que se manifiesta en grandes dificultades para la concentración, lentitud para responder, parálisis de algunos movimientos del ojo, alteraciones en la marcha y pérdida del equilibrio. La demencia alcohólica se manifiesta con una continua pérdida de la inteligencia y de la percepción, entre otras disminuciones, a causa de la destrucción de las células cerebrales.

El delirium tremens, una de las afecciones más dramáticas, provoca confusión, desorden mental, miedo, agitación y aturdimiento. Las alucinaciones son tan nítidas que se confunden con la realidad. El enfermo pasa de la extrema agitación al pánico, se siente amenazado y trata de sacarse de encima objetos imaginarios. Se le dilatan las pupilas, se acelera el pulso y sobreviene la fiebre.

Los alcohólicos tienen una tasa de mortalidad casi tres veces más alta que el promedio de la población. Esto demuestra que quienes adoptan ese hábito reducen la expectativa de vida de manera concluyente.

La marihuana

Tanto los usuarios como algunos de los que se dedican a estudiar el tema de las adicciones insisten en afirmar que la marihuana es una de las drogas menos peligrosas. Esto no significa que resulte inocua para la salud.

La marihuana se obtiene a partir de las hojas de una variedad de cáñamo (*Cannabis sativa*) de origen tropical, cuyas hojas son puestas a secar y molidas finamente. Por lo general, con el polvo obtenido se elaboran cigarrillos, pero también se puede consumir en infusiones u otro tipo de preparación e incluso masticar sus hojas enteras. Por medio de la desecación de la resina del cannabis se obtiene el hachís, un preparado mucho más concentrado. Popularmente se la conoce en nuestro medio como “chala”, “porro”, “fumo” o “faso”. Esta droga no tiene ningún uso médico reconocido.

La concentración del “tetrahidrocannabinol”, ingrediente activo de la marihuana, varía según la forma de presentación. Los cigarrillos de hojas secas molidas contienen un 5% aproximado de concentración; la resina que se extrae de la hoja, de la que deriva el hachís, alcanza un 20%; y el aceite de hash, contiene un 70% del ingrediente activo.

Los síntomas que provoca son: relajación, euforia, taquicardia, percepciones alteradas en sonidos, colores, imágenes y música, distorsión visual y alucinaciones. A estos efectos siguen una apatía y un desgano generalizados que a menudo llevan al usuario a requerir nuevas dosis para repetir el episodio de exaltación y creatividad.

La marihuana origina el fenómeno de la tolerancia y esto induce al adicto a experimentar con otras drogas para obtener los efectos deseados. Numerosas investigaciones han determinado que el consumo reiterado y extendido de la marihuana produce:

- Taquicardias descontroladas.
- Disfunciones sexuales severas.
- Riesgos en el embarazo y el parto y aumento de la mortalidad infantil.
- Inflamación de los tejidos pulmonares.
- Retardo en el crecimiento del adolescente.
- Pérdida de la memoria.
- Dificultades en el estudio.
- Problemas de concentración y expresión.
- Angustia e inseguridad.
- Percepción de desequilibrio mental.
- Delirios persecutorios.
- Daños irreparables en las células del cerebro.

- Dolores de pecho del tipo pre-infarto.

El uso reiterado de marihuana produce una sintomatología crónica que se manifiesta, incluso, cuando no se está consumiendo. Dado que se trata de una droga que se aspira, el aparato respiratorio es uno de los órganos más afectados. El alquitrán que contiene el cigarrillo de marihuana es cancerígeno. Se han realizado estudios que demuestran que esta droga puede causar neoplasias de pulmón, alteraciones en los cromosomas, citolisis, irritación bronquial, bronquitis, laringitis catarral y estados asmáticos.

Diversos experimentos de laboratorio demuestran que la marihuana puede tener efectos negativos sobre el sistema hormonal y la vía reproductiva. Se ha encontrado: disminución en la producción de testosterona y prolactina en las mujeres, anomalías en los ciclos menstruales y disminución del tiempo fértil.

En numerosas oportunidades se han descrito reacciones adversas que se traducen en: desorientación, confusión, alucinaciones auditivas y visuales, y evidentes signos de postración. Además suelen producirse alteraciones gastrointestinales, depresión, ansiedad crónica, síndrome de desmotivación y fuertes tendencias regresivas. Pasados los cinco años de abuso es claramente observable en el adicto: 1) el síndrome de desmotivación -no quiere trabajar ni salir ni progresar-; lo que le da placer es fumar marihuana y dormir; 2) la pérdida de memoria y la incapacidad de elaborar una frase sin usar muletillas como "eueehh..." o "esteee..." o alguna otra.

La historia personal es decisiva en la aparición de patologías que se mantenían latentes en el individuo y se manifiestan en forma precipitada con el uso de la marihuana.

Cocaína

Este estimulante se presenta en la naturaleza y fue descubierto por los aborígenes sudamericanos hace muchos siglos. La masticación de sus hojas en estado natural permite soportar el hambre, el frío, la fatiga y el apunamiento a que están expuestos quienes viven en la zona del Altiplano. El efecto es moderado porque la masticación libera muy pequeñas dosis del principio activo de la droga.

En 1860 el uso de la droga comenzó a extenderse entre los médicos y fabricantes de medicinas. Se la incorporaba como ingrediente de tónicos, jarabes y elixires. Entre 1890 y 1903, una bebida refrescante que acababa de ser lanzada al mercado norteamericano, la Coca-Cola, tenía como ingrediente principal la hoja de la coca.

Cuando comienza a elaborarse el clorhidrato de cocaína, el consumo se generaliza entre artistas de cine y personas de alto poder adquisitivo, ya que su costo exorbitante la hacía inalcanzable para las mayorías.

En el pasado se utilizó como analgésico, anestésico local y vasoconstrictor. Aunque en la actualidad no tiene ningún uso médico y su producción está expresamente prohibida, es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo.

La cocaína se elabora de tres maneras: polvo, pasta-base o crack. El polvo o clorhidrato de cocaína, también llamado "nieve", es un polvillo blanco, impalpable, que se inhala por medio de un canuto y toma contacto con el organismo a través de las mucosas nasales. Debido a que en su elaboración se incorporan elementos químicos altamente tóxicos -entre otros, cal, amoníaco, nafta, ácido sulfúrico, acetona, éter y ácido hidrocloreídrico- la inhalación continua produce una inflamación en la mucosa nasal que deriva en ulceraciones y perforación del tabique.

El clorhidrato de cocaína produce un estado de excitación, comodidad y sensaciones de fortaleza física y sexual. Cuando una persona insegura o débil de carácter descubre sus efectos, cree ingenuamente haber hallado la sustancia milagrosa que hará desaparecer sus males. En realidad, aunque algunos usuarios pueden resistir durante algún tiempo el uso sin llegar a la adicción, la mayoría cae en la dependencia física y psicológica ya que la tolerancia a la droga hace que sean necesarias dosis cada vez mayores para sentir el mismo efecto estimulante.

Es frecuente que la cocaína genere una dependencia psicológica por la cual el individuo no puede llevar a cabo sus tareas diarias sin administrarse una dosis creciente de la droga, que se transforma así en una exigencia apremiante. La angustia que provocan las dificultades para conseguirla se renueva cada día y las maniobras delictivas a que se debe recurrir para satisfacer esa necesidad llevan a menudo a la degradación moral.

La pasta de coca, cuyo nombre científico es sulfato de cocaína y sus nombres populares, "basuco" o "pasta", tiene el aspecto de un polvo grisáceo, blanco o tostado. Se la utiliza mezclándola con tabaco o marihuana para ser fumada. Se trata de un derivado de la cocaína que sufre un proceso de concentración por medio de la inclusión de ácido sulfúrico, metanol, kerosene y otros productos altamente venenosos.

Al ser aspirada la pasta produce un inmediato bienestar y también es más rápido el proceso de adicción y deterioro de la salud. Como el costo de la pasta es mucho menor que el del clorhidrato de cocaína se ha popularizado en sectores sociales medios con una velocidad alarmante, lo cual provoca daños entre los jóvenes que aun no es posible cuantificar.

Una intoxicación severa de cocaína produce un cuadro de angustia, depresión, palidez marcada, sudoración fría y viscosa, pérdida del conocimiento, baja presión arterial, bradipnea, convulsiones y puede llegar al paro respiratorio. Al comienzo de una intoxicación aguda se sienten fuertes dolores de cabeza, excitación, temblores, taquicardia y mareos. El caminar se hace vacilante. La arritmia cardíaca que provoca puede darse en forma directa o por la acción de la droga sobre la recaptación de catecolaminas. Suelen darse arritmias y taquicardias ventriculares, fibrilación y asistolia.

En las mujeres embarazadas, el uso de cocaína puede producir vasoconstricción placentaria, contracciones anormales, abortos espontáneos, malformaciones congénitas, mortalidad perinatal y alteraciones en la conducta del recién nacido.

La base de coca o crack es un alcaloide de cocaína. En la jerga de los adictos se la conoce también como “base-libre” o “base”. No tiene ningún uso médico y se presenta en forma de cristales blancos. Para obtener el crack se incorporan elementos químicos como éter, amoníaco y bicarbonato de soda, entre otros. El crack es 15 veces más barato que la cocaína. Por ese motivo lo adoptaron las clases sociales más bajas. De allí que se la conoce como la “cocaína del pobre”.

El crack llega al cerebro en cuestión de segundos y sus efectos y consecuencias son más agudos y destructivos que los de la pasta de coca porque la tolerancia y la dependencia se producen en forma instantánea. Además, el riesgo de muerte por envenenamiento se eleva en forma alarmante. En los fumadores de crack se han constatado roturas de la aorta ascendente, que se produce por el aumento exagerado de la temperatura sistólica.

El cocainómano pasa por cuatro estados, cuyas intensidades están en relación directa con las dosis consumidas. Éstos son: euforia, disforia, alucinosis y psicosis. Entre el efímero placer de la euforia y la pérdida del contacto con la realidad de la psicosis, el adicto padece infinitas angustias y terrores.

Los síntomas físicos que produce la cocaína son los siguientes:

- Ardor en los ojos.
- Resecamiento de la garganta.
- Palpitaciones y temblores.
- Sudoración abundante.
- Dolor de cabeza y mareos.
- Dilatación de pupilas.
- Contracciones de los músculos de los ojos.
- Fiebre, convulsiones y delirios.
- Desnutrición y pérdida de peso.
- Deficiencia inmunológica.
- Afecciones cardíacas y hepáticas.

- Enfisema pulmonar.
- Muerte por intoxicación.

Las consecuencias en la psiquis del consumo de la droga son:

- Pérdida de las motivaciones.
- Depresión.
- Apatía, irresponsabilidad, desinterés.
- Aislamiento.
- Dificultades para interrelacionarse.
- Abandono del aspecto personal.
- Pérdida de la memoria y de la concentración.
- Agresividad, descontrol, impulsos delictivos, violencia.
- Susplicia extrema y paranoia.
- Inclinación al suicidio.

Éxtasis

El éxtasis es una droga sintética técnicamente conocida como MDMA. En los Estados Unidos la llaman XTC o Adam y en Inglaterra se la designa con la letra "E".

MDMA son las siglas que responden a su nombre químico, que es 3,4-metilendioxi metanfetamina. Esta droga nace de una mezcla de ingredientes naturales (nuez moscada, cálamo, azafrán, perejil, eneldo, vainilla y otros) con sustancias químicas (como amoníaco y metilo, entre otras). Fue sintetizada por primera vez en 1910 por G. Mannish y W. Jacobsen, dos químicos alemanes de la compañía Merck y fue designada en sus orígenes como MDMA. Luego de numerosas pruebas de laboratorio, la empresa patentó el producto y trató, sin éxito, de comercializarlo como anoréxico. Poco después la investigación sobre el producto fue abandonada.

En 1953, el ejército norteamericano, en su búsqueda de drogas que hicieran confesar a los agentes comunistas, realizó pruebas de experimentación con LSD y MDMA. A partir de ese momento, numerosos científicos comenzaron a estudiar el MDMA y a describir sus efectos psicoactivos: aumento de la percepción, sensación de desdoblamiento y alucinaciones.

Muchas sustancias psicodélicas, como la ibogaina, el LSD y la MDMA, fueron después utilizadas por los psicólogos con fines terapéuticos sin ninguna eficacia evidente. En 1967, Leo Zoff tomó conocimiento del MDMA y propagó entre la comunidad psicológica y psiquiátrica norteamericana la información y las técnicas que llevaría al uso extendido de esta droga.

Para evitar que se prohibiera el uso de esta sustancia -como había sucedido con el LSD cuando lo adoptaron los “hippies”- los profesionales y especialistas evitaban dar a conocer o publicar sus descubrimientos y conclusiones. El uso de esta droga en ámbitos médicos se mantuvo por varios años en secreto, pero finalmente fue adoptada por el movimiento Nueva Era que la difundió por el mundo entero.

La denominación “píldora del amor” se debe a que motiva experiencias de una intensidad emocional tal que promueve relaciones afectivas ficticias. Esto produjo lo que se dio en llamar el “síndrome del matrimonio instantáneo”. Por eso, en el comienzo de la década del ‘80 los estudiantes universitarios norteamericanos usaban remeras con el slogan “No te cases hasta seis semanas después de haber consumido éxtasis”.

Por entonces era ya la droga de moda entre “yuppies”, gays y universitarios.

En 1985, se dieron a conocer estudios que demostraron que el éxtasis era peligroso para la salud y la droga fue declarada ilegal. Su popularidad aumentó enormemente a causa del marketing que hicieron los narcotraficantes y del espacio que le dieron los medios de comunicación, que convirtieron el éxtasis en una cuestión nacional. Los diarios y revistas de mayor tirada y los programas masivos de televisión le dedicaron largos reportajes y debates y el uso clandestino fue, entonces, inevitable.

La prohibición fue aprovechada por los narcotraficantes, que la introdujeron en las discotecas diciendo que tenía efectos afrodisíacos. En realidad, según la opinión de diferentes expertos que han estudiado el uso y abuso de MDMA, el éxtasis produce:

- Pérdida del apetito y de sueño.
- Constricción de los vasos sanguíneos.
- Temblores.
- Deshidratación.
- Aumento masivo de la presión sanguínea.
- Conducta paranoide.
- Hemorragias y lesiones cerebrales.
- Fallo cardíaco.
- Esquizofrenia.
- Reacciones peligrosas en individuos que toman medicación psicoactiva, que son hipersensibles, con problemas psicológicos, antecedentes psicóticos o personalidad inestable.
- La estimulación del sistema nervioso central que implica riesgos asociados al uso de anfetaminas.

- Luego de un fuerte consumo de éxtasis, la interrupción repentina suele provocar un profundo estado depresivo que puede conducir al suicidio.
- La liberación de radicales libres que produce el consumo frecuente de éxtasis puede generar un trastorno psicótico en personas de carácter inestable. Este estado se caracteriza por delirios persecutorios, excitación, estupor y miedo intenso.
- A causa de las visiones psicodélicas puede generar cuadros de esquizofrenia y paranoia transitorias que se incrementan si se continúa con el consumo.
- Alucinaciones auditivas y visuales.
- La “evaporación” de las barreras psicológicas puede desenmascarar profundos dolores ocultos, recuerdos afligentes, remordimientos y culpas bloqueadas, cuya liberación puede conducir a actitudes autodestructivas. Esto forma parte de los llamados “malos viajes”, en los que se destapan emociones negativas ocultas en el subconsciente.

LSD

Las drogas alucinógenas fueron bautizadas por el doctor Humphrey Osmond como “psicodélicas” porque inducen a la psique a experimentar sensaciones extáticas y místicas y episodios alucinatorios. El nombre científico de la droga es diatlamida del ácido lisérgico (LSD), que es un compuesto sintético obtenido en el laboratorio en 1953 por el médico suizo Albert Hoffmann, a partir de la mescalina y la psilocybina, elementos ambos que se encuentran en la naturaleza. La mescalina se extrae del peyote, un cactus oriundo de México y América Central. La psilocydia es el ingrediente activo de un hongo mexicano. Ambas sustancias producen efectos similares al LSD, pero su potencia es mucho menor. En la jerga de los adictos al LSD se le dice “ácido”, “viajes” y “hongos”, entre otros nombres. El LSD se presenta en forma de tabletas cilíndricas o cuadraditos gelatinosos.

Las sustancias alteradoras de la mente pueden provocar efectos negativos que se contraponen a las expectativas que despiertan. El LSD es una droga tan impredecible que si el usuario no está preparado para la experiencia o está psicológicamente alterado, puede tener un pésimo “viaje”. Los efectos buscados son el aumento de la sensibilidad hacia los sonidos y los colores, la exaltación del humor, la disociación, la embriaguez y la relajación, pero esto se da solamente en un 50% de las experimentaciones.

Los efectos físicos que produce el LSD son:

- Taquicardia.
- Hormigueo y entumecimiento en las extremidades.
- Aumento de la temperatura corporal.
- Dilatación de las pupilas.
- Debilidad y pérdida de peso.
- Escalofríos.
- Vértigo.
- Vómitos.

En el plano psíquico:

- Afecta la creatividad.
- Produce mente flotante y sinestesias.
- Perturba las emociones y genera cambios de humor.
- Provoca depresión y confusión mental.
- Activa la ansiedad y lleva a la desesperación.
- Crea delirios persecutorios.
- Lleva a la locura.

El LSD tiene además un valor residual que hace experimentar los mismos efectos, aun pasadas varias semanas o incluso meses de haberlo consumido.

En cuanto a las secuelas que deja esta droga, los resultados de algunos estudios preliminares hacen sospechar alteraciones cromosómicas y reacciones de tipo psicótico en personas con historial psicopatológico.

Una droga similar al LSD es la PC o “Polvo de ángel”, que apareció en 1959 y fue utilizada como anestésico y luego descartada por los médicos. El “Polvo de ángel” fue muy popular en la década del ’70.

Opiáceos

Con el nombre popular de adormidera o amapola se conoce el fruto del cual se obtiene el opio y sus derivados. Es un polvo de color tostado. Se extrae de los granos que contiene el fruto y entre sus usos medicinales se encuentran la supresión del dolor, el control de los espasmos y el uso como antitusígeno. Además, existen referencias con una antigüedad cercana a los ocho siglos del uso medicinal del opio que hacían persas, egipcios, babilonios, árabes y griegos. Los asiáticos descubrieron sus posibilidades estimulantes y placenteras y comenzaron a utilizarlo con ese fin. Entre sus derivados se encuentran la morfina, la heroína, la metadona y la codeína. Todos ellos pueden brindar

extraordinarios beneficios terapéuticos si son recetados y controlados por un médico, pero el uso descontrolado produce efectos devastadores.

El cultivo de la flor del opio se origina en el sudeste asiático (Birmania, Tailandia, Camboya y Laos). En los últimos años se ha extendido a otros países, como Colombia, para asegurar el suministro constante a los grandes centros de consumo.

Los opiáceos se presentan como polvo para fumar o solución inyectable. Este narcótico produce un estado de euforia y ensoñación; una sensación de éxtasis que se acorta rápidamente a causa de la tolerancia. Al poco tiempo de uso, los adictos experimentan síntomas de abstinencia entre una y otra toma, que se caracterizan por presentar un cuadro pseudo-gripal en el curso de las primeras 12 horas: estornudos, sudoración, lagrimeo, bostezos y dolores musculares. Luego de 36 horas de abstinencia los síntomas se intensifican. Aparecen escalofríos, sofocos, insomnio, diarrea, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea. Si no se repite la toma, los síntomas declinan en los diez días subsiguientes. En cambio si se prolonga su uso, se inicia el camino de la dependencia sin atenuantes, cuyos efectos físicos son:

- Epidermis enrojecida.
- Pupilas contraídas.
- Náuseas.
- Decaimiento de la función respiratoria.
- Pérdida de reflejos.
- Falta de respuesta a los estímulos.
- Hipotensión.
- Desaceleración cardíaca.
- Convulsiones.
- Riesgo de muerte.

Los efectos psicológicos son similares a los de otros estimulantes:

- Euforia.
- Energía.
- Placer.
- Vigor sexual.

Pero en cuanto decae la acción de la droga, aparece la angustia, la depresión, el abatimiento y la desazón.

El opio produce adicción, tolerancia y dependencia física y psíquica. La intensidad del síndrome de abstinencia, y su gravedad, depende de varios

factores: tipo de droga, tiempo de uso, personalidad del consumidor, etcétera. Los primeros síntomas comienzan a aparecer ocho horas después de la última dosis con lagrimeo, sudoración, bostezos y sueño agitado. A continuación los síntomas se agudizan gradualmente y aparecen: irritabilidad, insomnio, pérdida del apetito, debilidad y depresión. Le sigue un cuadro gastrointestinal severo con náuseas y vómitos, dolores, cólicos y diarreas, lo cual provoca una deshidratación importante. Le siguen flashes de frío y calor, contracturas musculares y dolores óseos en la espalda, los brazos y las piernas. Este período intenso dura alrededor de diez días aunque existe un efecto residual más largo que provoca alteraciones en la conducta que inducen a una recaída.

Anfetaminas

Constituyen una familia de drogas que estimulan el sistema nervioso, producen pérdida del apetito, quitan el sueño y hacen desaparecer el cansancio. Usadas bajo estricto control médico, ayudan en los tratamientos para combatir la obesidad.

Ya durante la Segunda Guerra Mundial se utilizaron anfetaminas para disminuir en los soldados la necesidad de dormir, eliminar la fatiga y estimularlos para el combate. Al terminar la guerra, Japón, que tenía almacenadas grandes cantidades de anfetaminas, las puso a la venta y esto provocó el uso masivo de las décadas del '50 y del '60. Los efectos negativos y la adicción generaron el control riguroso de su comercialización. De todas maneras, quien desee estimularse puede conseguirlas fácilmente por medios ilícitos.

Vulgarmente se las conoce como "pepas", "despertadores", "levantadores" y algunos otros apodos que expresan el tipo de efecto que producen. Se consiguen en forma de comprimidos o cápsulas y también las hay inyectables.

Cuando el público descubrió que esas pastillas para adelgazar o esos inhaladores nasales tenían efectos estimulantes, comenzó a usarlos sin prescripción médica con una facilidad alarmante. Los jóvenes, para mantenerse despiertos los días previos a un examen; los adultos, para mejorar su rendimiento en sus actividades diarias; los deportistas, para superarse en las competencias; los choferes de larga distancia, para resistir los largos viajes sin dormirse.

Esa automedicación de pequeñas dosis es, muchas veces, el inicio de una adicción destructiva de la que no se puede salir. Esto sucede cuando para poder

descansar se recurre a tranquilizantes mediante los cuales se logra apaciguar la aceleración provocada por las anfetaminas.

Un adicto que se inyecta grandes dosis de anfetaminas en la vena, puede permanecer despierto más de cinco días y finalmente se derrumba en un sueño que dura 48 horas continuas. Además de la adicción, los efectos que producen las anfetaminas son:

- Pérdida del apetito.
- Falta de sueño.
- Constricción de los vasos sanguíneos.
- Temblores.
- Aumento masivo de la presión sanguínea.
- Conducta paranoide.
- Hemorragias y lesiones cerebrales.
- Fallo cardíaco.

Drogas de diseño

La expresión inglesa *designer drugs* ha sido traducida como “drogas a medida” o “drogas en escala”, pero la interpretación más extendida es “drogas de diseño”. Con esta expresión se designa a ciertas sustancias de un origen natural cuya estructura química se ha modificado mediante la manipulación en el laboratorio. Estas experimentaciones fueron aprovechadas por los narcotraficantes porque de esta manera lograban comercializar sustancias no registradas como drogas.

Existe una gran cantidad de fármacos de diseño sintético que fueron creados por los investigadores con distintos fines terapéuticos. Así es como los medicamentos son cada día más específicos, más potentes y presentan menos efectos colaterales. Ante la multiplicidad de elementos novedosos y las tácticas de enmascaramiento de los traficantes, las leyes debieron cambiar. Antes se castigaba a quienes consumían o vendían las drogas señaladas en un listado de sustancias; ahora es ilegal la comercialización, tenencia y consumo de cualquier sustancia no autorizada.

La aparición de nuevas drogas, legales o ilegales, se debe a la investigación sobre el diseño de la estructura de los medicamentos que realiza la industria farmacéutica mundial. Esto puede llevar a una mutación en las costumbres adictivas de las nuevas generaciones y, por ende, a una renovación constante de las estrategias de prevención y control.

En 1980 apareció en los Estados Unidos un sucedáneo de la heroína de origen sintético llamado “*china white*” que causó estragos entre los heroínómanos. Esta

sustancia, derivada del alfantanil, nació de la manipulación inescrupulosa y clandestina y a causa de su defectuosa composición produjo numerosas muertes, lesiones cerebrales graves y síntomas de Mal de Parkinson a muchos jóvenes.

La mayoría de las anfetaminas sintéticas que circulan en la actualidad en el mercado negro derivan de la metanfetamina. Esta droga apareció en 1938 y es conocida por sus consumidores como "speed". Sus propiedades ambiguas no permiten una clasificación puntual ya que sus efectos navegan entre los de las anfetaminas y los alucinógenos. Los síntomas embriagantes provocan el aumento de los sentimientos, la agudización de la atención y fluidez en la comunicación.

Los científicos de los grandes laboratorios medicinales investigan drogas sintéticas que afectan las proteínas del cerebro y los neurotransmisores de la mente para descubrir nuevas sustancias con el propósito de mejorar los tratamientos neurológicos. Es decir, para dar soporte a la vida. En cambio quienes propician e incentivan el consumo de estas sustancias con fines meramente comerciales sólo dan soporte a conductas adictivas, es decir, a la muerte.

La mala calidad de las drogas de diseño está en relación directa con su precio. El narcotráfico logró así llevar su mercancía a estratos sociales que antes no podía acceder al consumo de drogas. Considerando que el porcentaje de pobres supera ampliamente a las clases media y alta, es fácil comprender el interés mercantilista que llevó a los narcos a solventar las investigaciones de numerosos laboratorios independientes. El objetivo era que sintetizaran ciertos fármacos con el fin de crear adicciones más económicas e igualmente peligrosas.

Ansiolíticos

La ansiedad normal constituye un mecanismo de defensa natural que sirve para proteger a las personas. Es un estado de ánimo que aumenta el rendimiento y las motivaciones y mantiene a la persona en un estado de alerta que previene sobre cualquier amenaza para su integridad física.

Cuando la ansiedad se convierte en una patología el sujeto se siente invadido por un estado de alerta permanente ante supuestas amenazas, temores indefinidos, incomodidad, preocupaciones exageradas, inseguridad y tensión emocional.

Estos casos se tratan con psicoterapia y con diferentes fármacos. Entre éstos, los más utilizados son los siguientes:

- Barbitúricos. Son sedantes-hipnóticos que ya están quedando fuera de uso ante la aparición de elementos más efectivos y con menores efectos indeseables.
- Propanodiolos. Aparecieron después de los barbitúricos y se consideraban prototipos de ansiolíticos. Posteriormente se descartaron por su toxicidad.
- Hidroxicina. Esta sustancia fue usada por su acción sedante, pero luego se comprobó que los efectos eran contrarios a los buscados y cayó en desuso.
- Neurolépticos. En el tratamiento de la ansiedad se usan en pequeñas dosis ya que no producen “efecto rebote” ni dependencia. Son útiles para el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas.
- Betabloqueantes. Muchos de los síntomas que acompañan a la ansiedad, como taquicardia y temblores, son tratados con esta sustancia que mejora la autoimagen y da sensación de confort y mejoría.
- Benzodiacepinas. Por su eficacia comprobada son los fármacos más utilizados en la actualidad en la terapéutica de los estados de ansiedad por su eficacia comprobada. Entre otras, las acciones farmacodinámicas que proveen son: ansiolítica, relajante muscular, acción anticonvulsionante y acción hipnótica. Algunos médicos irresponsables recetan la droga al paciente que ha empezado a depender sin tener en cuenta que ya no cumple la finalidad terapéutica que animaba el uso en un principio. El abuso o la combinación de benzodiacepinas con otros psicofármacos o con alcohol puede producir aumento de la ansiedad, insomnio, palpitaciones, temblores, sobresedación, vértigo, incoordinación motora, debilidad muscular y conducta hostil. Si el uso se prolonga, pueden producir dependencia y síndrome de abstinencia.

La Familia

El entorno familiar

En la mayoría de los casos la personalidad adictiva emerge en un contexto familiar en el cual predomina una estructura denominada “existencia tóxica”. El adicto comunica a la familia que trata de ser lo contrario de lo que son los padres. En realidad, aunque usa distintos elementos, la estructura es la misma. Quiere diferenciarse para separarse, que es el proceso natural que todo adolescente realiza, pero lo paradójico es que se diferencia de una manera—la drogadicción— con la cual debe seguir unido a los padres. Esto revela que, a pesar de que intenta separarse de la familia, el adicto sigue ligado a ella por lazos muy fuertes.

Darse cuenta de la adicción del hijo lleva, casi siempre, a desatar un síndrome de alarma en el grupo. La respuesta ante un pedido de ayuda del hijo puede ir desde la actitud de denunciarlo hasta la más franca complicidad. En relación a esto último, hemos visto casos de madres que salían a comprar drogas para que los hijos estuvieran tranquilos y no tuvieran problemas en la calle. O familias que les daban dinero ante la amenaza de que lo conseguirían robando.

Hay familias que estrechan filas alrededor de la víctima para protegerla y protegerse, para que no emerjan a la luz problemáticas preexistentes y para que no les quiten el objeto de unión. En otras cunde el pánico o la dispersión de esfuerzos; y en algunas se decide expulsar al adicto de la casa. Esta modalidad quirúrgica, que es la preferida por la escuela y la sociedad en general, se basa en la ingenua creencia de que lo que no se ve, no existe. Distinto es cuando se decide alejar a un hijo de la casa como parte de una estrategia terapéutica supervisada por un profesional.

El descubrimiento de una adicción en un miembro de la familia surge por lo general a través de la revelación de un tercero que lo detecta o por algún acto fallido. En el hogar la negación es una condición compartida ya que al silencio del adicto se suma la ceguera de la familia. Para los padres ningún hecho es un indicio cierto de que el hijo presenta cambios inusuales en la conducta. Esto sucede, entre otros motivos, porque son pocas las personas que soportan la herida narcisista de considerarse cogestores de semejante “mancha familiar”.

Cada miembro de la familia juega un rol importante dentro de la dinámica del grupo y además, desarrolla en forma paralela su vida individual. Cuando el sistema familiar atraviesa un proceso crítico del cual no puede emerger, el problema es asimilado por uno de los miembros, que se convierte en receptor de los conflictos enmascarados. Es decir, cuando la familia se encuentra ante una

crisis -matrimonial, económica, afectiva, etcétera- y no puede superarla, el integrante más débil se hace cargo y se convierte en el chivo expiatorio de la situación.

En una de las tipologías, el grupo familiar enfermo acusa una acentuada dependencia recíproca y es imposible para sus miembros actuar separadamente. La simbiosis les da protección y les permite depositar la angustia en el adicto. El miembro problemático es el que ayuda a equilibrar al grupo ya que le da motivo de unión, un objetivo por el cual luchar. Esto permite olvidar el conflicto originario.

La angustia de un hijo puede manifestarse como un problema alimentario -obesidad, bulimia, anorexia-, homosexualidad, depresión o, lo más frecuente, algún tipo de adicción. Es sabido que en la familia del adicto existe siempre una modalidad adictiva aunque por lo general se trata de formas socialmente aceptadas y, en consecuencia, no son pasibles de rotulación clínica. Generalmente, los padres suelen tomar unas copas de más en las comidas, o beber más de un whisky cuando llegan de trabajar, o consumen psicofármacos para controlar la ansiedad o el insomnio, o anfetaminas para adelgazar. Algunos son jugadores compulsivos y otros son adictos al trabajo.

Cada grupo familiar tiene su propia historia y sus códigos particulares. Existen, no obstante, inequívocos puntos en común entre los padres de todos los adolescentes problemáticos -adictos, anoréxicos, transgresores, promiscuos, etcétera- y también se da casi siempre la dificultad para reconocer la situación.

La mayoría de los padres se preocupa y se angustia por las limitaciones que tienen para impedir que alguien ofrezca droga al hijo adolescente. En realidad, los padres no pueden impedir que en algún momento se produzca el contacto. La droga está infiltrada en toda la sociedad y, en particular, en cada sitio que frecuenta la juventud. Está a la salida de la escuela e incluso adentro, en el club, en la discoteca. Por eso, la verdadera batalla se debe librar antes, desde el mismo momento del nacimiento. Debe formar parte de un estilo de vida coherente y responsable, y debe partir de la premisa de que la sociedad occidental actual tiene un modelo familiar muchas veces desdibujado y dista mucho de ser una barrera eficaz para el consumo de drogas. Si las defensas no las crea la familia, el joven carecerá de recursos para enfrentar el problema.

Los hijos necesitan estructuras firmes, sentido de pertenencia, valoración, refuerzo de la autoestima, reglas claras y límites precisos. Nada más perjudicial en la educación que un comportamiento errático por parte de los padres. Tienen efectos negativos: la debilidad de carácter o su opuesto, la excesiva rigidez; la incoherencia en las reglas; la indecisión; la indiferencia, la sobreprotección obsesiva; la ausencia de valores; y los modelos diluidos o pesimistas. Todos

éstos son elementos que contribuyen para convertir al adolescente en un buscador de sustitutos que cubran las carencias del hogar.

El aumento del índice de divorcios en los últimos años y la reincidencia matrimonial ha provocado que muchas personas -en especial, hombres- se hayan transformado en padres múltiples, cabeza de dos o más familias. Esto causa un sentimiento de desprotección y retraimiento en muchos jóvenes, que se ven obligados a compartir a los padres con los hijos de la nueva pareja. El problema sería menor si se mantuviera intacta la comunicación abierta y sincera. Pero muchos padres sucumben ante las contingencias de la vida de relación y las presiones laborales y ambientales, y terminan encerrándose en un individualismo alienante en el cual no pueden incluir ni siquiera a los propios hijos.

Aun cuando los compromisos laborales y a veces sociales sean muy exigentes, lo más importante no es la cantidad sino la calidad del tiempo que se pasa con los hijos. El secreto está en una interrelación fluida y armónica que permita conocerse y confiar mutuamente, en que las necesidades sean sostenidas y resueltas con el soporte y el amor del grupo familiar. Enseñar a pensar, a optar, a tomar decisiones, a expresar los sentimientos y las dudas ofrece el reaseguro de que cuando el joven se encuentre en una encrucijada acudirá al ámbito hogareño en busca de ayuda y consejo.

Conocer y valorar a los hijos es un trabajo arduo y constante ya que el cambio que se opera en los adolescentes los hace diferentes cada día. Hasta que logran hallar su identidad definitiva, los adolescentes pasan por diferentes etapas que los vuelven impredecibles y disconformes. En el hogar deben construirse las herramientas para que el estrés, la desvalorización, las presiones del medio y el pesimismo no sean el detonante que los impulse a escapar a través de las drogas.

Antes de cuestionar o tratar de comprender el comportamiento rebelde de los jóvenes, es necesario hacer un examen de conciencia y analizar con honradez y sinceridad las actitudes del grupo familiar. El acercamiento a un adolescente problemático sólo puede producirse en un marco de confianza y empatía que demuestre el auténtico interés de lograr el reconocimiento mutuo. Esta actitud debe basarse en el respeto y la valoración de las opiniones y sentimientos del hijo. De nada sirve forzar la comunicación para luego querer imponer puntos de vista rígidos que no tienen en cuenta el conflicto en que está inmerso el joven.

Los padres deben ocuparse de obtener información actualizada sobre los siguientes puntos:

- Amistades y lugares que frecuentan sus hijos.

- Ambitos del entorno de los hijos en los que se encuentra la droga.
- Signos y síntomas que puede presentar el hijo adicto.

Asimismo sería importante que dediquen tiempo a conocer y a dialogar con los padres de los amigos de los hijos acerca de las salidas, los horarios permitidos, los riesgos, y los valores y principios que rigen cada familia.

Para evitar que los jóvenes usen drogas es necesaria la intervención de múltiples elementos. No obstante, cuando el grupo familiar trabaja a conciencia con ese fin es muy difícil que el problema se presente.

Muchos padres no sospechan la gran cantidad de veces que la droga se ofrece a los hijos bajo la tentadora propuesta de una aventura o la incitación de un amigo. La negativa del adolescente depende tan sólo de la firmeza de sus convicciones y de los modelos de conducta que haya tomado para sí. No hay otra manera de protegerse.

Si en el primer encuentro con la droga el adolescente está en un momento de crisis que lo induce a buscar un escape veloz a los problemas, ocurre la iniciación. Este hecho puede ser detectado con rapidez por una familia alerta o derivar en consecuencias imprevisibles.

Es muy difícil mantener una actitud serena y controlada cuando se toma conocimiento de la adicción de un hijo. Lo común es la fluctuación de sentimientos que van desde la traición, la estafa, la vergüenza y la furia, hasta la depresión, la culpa, el fracaso personal y la desesperación. La experiencia de quienes nos ocupamos a diario de tratar casos semejantes indica, como primera medida, que no se debe entrar en pánico. La clave está en ocuparse en lugar de “pre-ocuparse”.

La serenidad permite evitar situaciones violentas, discusiones inútiles, actitudes condenatorias y acusaciones humillantes que perjudican aún más la relación, de por sí endeble. Esas actitudes pueden cerrar la pequeña brecha que aún permanece abierta y por la cual se puede intentar llegar al mundo interior del adicto para establecer las causas y los efectos de su relación con las drogas. ¿Por qué? ¿Desde cuándo? ¿Con quién? ¿Cuánto? ¿Cómo? Todos estos interrogantes son vitales para iniciar un plan de recuperación efectivo o bien, para prevenir a tiempo cuando se trata de una mera experimentación.

Para actuar con eficacia es necesario rechazarse el impulso de mantener en secreto el problema. Es recomendable compartirlo, en primer término, con alguna persona de confianza para aflojar la tensión. En segundo lugar, es deseable integrarse a grupos de autoayuda y programas de rehabilitación. Allí se puede tomar contacto con personas que tienen las mismas dificultades, compartir preocupaciones y experiencias, y encontrar apoyo afectivo. Al mismo

tiempo, se debe recurrir, dentro del mismo programa, al apoyo especializado y profesional.

Tipología de los grupos familiares

El alcoholismo, el tabaco y los psicofármacos son las dependencias más frecuentes en las familias de los drogadictos. También suelen manifestarse conductas adictivas al trabajo, la televisión, la comida, la limpieza, o el juego.

A fuerza de convivir a diario con ellas, estas actitudes terminan siendo tomadas como ejemplo por los hijos, que las reciben como una herencia familiar. Al mismo tiempo, la sociedad de consumo, con sus pautas compulsivas, dará sustento a las conductas que llevan a la dependencia.

Las características preadictivas de un grupo familiar delimitan un entorno enfermo que, generalmente, se establece de la siguiente manera:

Madre. Débil, insatisfecha, con baja autoestima, depresiva, con un vacío interior que la impulsa a adherirse a alguien a través del cual gratificarse o a depender de alguna sustancia que sustituya la ausencia de plenitud y valoración personal. Generalmente suelen ser hijas de madres con la misma patología. Su comportamiento presenta alteraciones emocionales, ansiedad, confusión, melancolía y, a veces, serios problemas para atender al hijo, a quien interiormente rechazan. La maternidad recrea y exacerba los propios conflictos, que no le permiten madurar. Así surge una relación ambivalente con el hijo, quien percibe la dualidad del mensaje.

El hijo pasa a ser motivo de adicción para la madre, que se obliga a sí misma a atenderlo y exterioriza en demasía un cariño que no siente. En el hijo deposita todas las esperanzas de realización personal. Para lograr ser atendido el niño hace un acuerdo implícito con la madre que lo transforma en un objeto de adicción y al llegar a la adolescencia busca su propia dependencia —droga u otra— para calmar la ansiedad de ambos. De la misma manera que el hijo establece una relación de dependencia con la droga, la madre la establece con el hijo. “La droga” de la madre es el hijo.

Cuando la adicta es una hija, se produce una feroz competencia con la madre, a quien desautoriza y desprecia abiertamente. Los intentos vanos de prohibiciones o imposición de reglas son sistemáticamente ignorados y se convierten, para desesperación de la madre, en objeto de burla. La hija apunta hacia la desvalorización de la madre, de por sí en descenso, y la acusa de ridícula, anticuada y castradora. Esto provoca interminables y desgastantes discusiones.

Padre. Ausente, desapegado, indiferente, distante, que acepta y aun aprueba la desvalorización de la madre porque eso marca una diferencia que, por comparación, eleva su propia imagen. Se hace el distraído ante una situación que lo supera y por propia conveniencia se convierte en entregador del hijo. El padre explota esta situación para librarse él de los reclamos y exigencias de la mujer, cuyo déficit de autoestima la lleva a elevar desmedidamente la figura del padre mientras busca su autovaloración a través del hijo. Este triángulo siniestro permite que el padre aparezca como el “gran jefe del hogar”, quien está por encima de todos, pero cuya figura permanece ausente y lejana como si no formara parte del conflicto.

La actitud del padre cambia radicalmente cuando la adicta es una hija. Se vuelve indulgente y permisivo y ante los reclamos de la madre con respecto a la imposición de límites, interviene de manera débil y poco efectiva. En cambio, con el hijo varón alterna la indiferencia con medidas represivas y aun violentas, y de un día para otro pretende representar el papel de padre que hasta entonces no había asumido. Esto empeora la situación.

Hermanos. Cuando el grupo familiar se completa con otros hijos, suele observarse que el padre intenta marcar sus diferencias con el hijo adicto elegido por la madre. Para eso, pone las expectativas en otro de los hijos, con quien comparte aficiones o trabajo y, de manera explícita o implícita, lo muestra como ejemplo. Esto hace que el adicto se sienta devaluado y viva comparándose permanentemente con ese hermano modelo. A pesar de esto, la relación entre hermanos no es tan mala como podría pensarse dado que la patología de los padres los une, más allá de las diferencias. Los hermanos modelo suelen funcionar como “padres intermediarios” hacia quienes el adicto es ambivalente: por momentos experimenta cariño y busca apoyo, y por momentos tiene sentimientos de odio y rechazo.

Como la carga de la enfermedad familiar suele caer sobre un sólo miembro, la tendencia del grupo es entorpecer la curación –siempre en forma inconsciente– ya que la familia no puede funcionar bajo otros parámetros. Por esa causa se “protege de la contaminación” al resto de los hermanos. Por lo general, cuando el adicto logra curarse o tomar distancia del grupo familiar, otro hermano ocupa inmediatamente el lugar vacante y pasa a ser quien sostiene la adicción de la familia.

Cuando el adicto hace ante sus amigos alarde de su independencia, en realidad está actuando para evitar el sufrimiento de reconocer que la falta de comunicación y amor de la familia le produce ansiedad y dolor. La mayoría de

los adictos mantiene estrechos lazos familiares. Aun entre quienes no viven con los padres, la frecuencia del contacto es notablemente superior a la que mantienen los no-adictos. Esto no habla, necesariamente, de calidad en la relación.

El apego excesivo por lo general delata una disfunción que se manifiesta en la necesidad del adicto de recurrir una y otra vez a la familia. Ésta a su vez lo necesita para hacerlo objeto de su dependencia. De esta manera todos calman la ansiedad: los padres, reteniendo al hijo adicto para no derrumbarse ante la pérdida del objeto que los mantiene unidos; el hijo, sintiéndose valioso y apreciado objeto de unión a causa de su enfermedad, la cual debe mantener para no perder ese lugar de privilegio.

Cuando el adicto comienza una relación sentimental, consigue un trabajo importante o empieza un tratamiento para deshabituarse de la droga, el grupo familiar entra en crisis: los padres amenazan con separarse, otro hijo comienza a consumir drogas, o se produce algún desequilibrio a causa de la ausencia del factor aglutinante. La adicción se convierte así en un elemento de estabilización familiar.

En los casos en que el conflicto conyugal hace eclosión, el hijo adicto crea una situación dramática -sobredosis, delito, intento de suicidio- y concentra la atención sobre él, con lo cual aplaza la crisis.

Entre los miembros de estas familias, el tipo de interacción parental responde a un modelo narcisista. Este modelo, que al principio los une, se agota rápidamente cuando se pone en evidencia que el padre no es el hombre fuerte y sólido que aparenta, y la madre, que ya no quiere seguir dando, empieza a hacer demandas de diverso tipo.

Como el padre es incapaz de satisfacer los reclamos y la madre necesita "nutrir" su autoestima, se apodera del hijo, con quien establece un "pacto perverso". El hijo pasa entonces a ser el depositario del núcleo melancólico de la madre. Desaparece así la interacción natural de la pareja y el padre se convierte, con su aprobación tácita, en una figura desdibujada que simula su función paterna y conyugal, y reclama para sí constante estima. Para satisfacer a una madre "hambrienta" e insatisfecha, el hijo se convierte en la principal fuente de valoración. De esta manera es "explotado" por ella y por el padre, que "hace la vista gorda" para salvarse él.

El "padre ausente" es una constante que se observa en las familias de los adictos. Es la carencia de un padre firme, con una identidad bien recortada y que cumpla su función específica. El padre no asume la responsabilidad que le cabe ni propone valores precisos y consistentes. Con respecto a la distribución del poder en la pareja parental, hay una relación desigual, en la que

aparentemente el poder lo ejerce la madre y el padre queda excluido de la relación con los hijos. Sin embargo, no debe considerarse ese poder como sinónimo de autoridad. Las respuestas que se brindan son excesivamente indulgentes e inseguras, con predominio del desequilibrio entre afecto y disciplina. En estas parejas parentales la conducta de uno de los miembros siempre se explica como consecuencia de la conducta del otro. Se establecen así verdaderos círculos viciosos que no pueden ser desarticulados.

Surgen en este contexto peculiares reglas de juego en familias que parecen carecer de ellas. Se detectan la existencia de pactos manifiestos o inconscientes entre algunos de los miembros con el objeto de proteger secretos que pondrían en peligro la cohesión del grupo. De esta manera se tejen verdaderas redes de alianzas cruzadas, de una generación a otra, o de los progenitores respecto de los hijos. Por ejemplo: mujeres que ocultan a los maridos el suicidio de alguno de los padres, o violaciones de las que los padres no se enteraron, o delitos cometidos por los hijos. Estos secretos familiares permiten establecer alianzas madre-hijo, padre-hija, abuelos-nietos y, menos frecuentemente, hijos-hijos.

Estas familias tienen serias dificultades para establecer límites o la capacidad de espera en los hijos. La demora resulta intolerable para el adicto, quien debido a la avidez de calmar instantáneamente los deseos quiere todo "ya mismo". El *no* es vivido como la muerte, tanto por el hijo como por los padres ya que implica una espera que no pueden soportar. Los límites, las demoras, las restricciones, los aplazamientos, son vividos por el grupo familiar como una catástrofe. La ansiedad compulsiva les presenta la situación como "ahora o nunca". Dado que carecen de la experiencia de la negación, entendida como aceptación de límites, prefieren cualquier cosa, incluso la muerte, antes de enfrentar cualquier límite que puedan tener como personas. Tan desmesurada es la vivencia de su pobre autoestima que debe ser evitada aún a costa de la propia vida. Es por esta razón que se define el tratamiento de los drogadictos con la frase: "transformar un proyecto de muerte en un proyecto de vida".

La tipología de las familias se divide en dos formas puras que si bien se pueden dar en la realidad, muchas veces aparecen mezcladas en distintas proporciones. El primer tipo y el más común en Latinoamérica es el de la familia "eliptoide". Son estas familias simbióticas y aglutinadas, donde no hay roles bien definidos y donde todos se entrometen en la vida de todos. El otro tipo de familia es la "ezquizoide". En este caso los roles están bien diferenciados, pero no hay amor ni comunicación. Son familias excesivamente frías, donde cada uno de los miembros parece ser un objeto. Los hijos no son tenidos en cuenta a causa de las múltiples obligaciones sociales y laborales de los padres. Generalmente se los

deja al cuidado de un tercero. Esta última tipología tiene por lo general un peor pronóstico para el tratamiento que la familia de tipo “eliptoide”.

Actitudes negativas de los padres

Existe una enorme diferencia cultural entre los padres y los hijos actuales. Los métodos educativos y de crianza que recibieron los progenitores no pueden ser trasladados a los hijos sin una previa actualización. Hay que hacer los ajustes necesarios para lograr un acercamiento y una comprensión entre las partes, y evitar que se agrande la distancia generacional que los separa.

Una educación severa, “a la antigua”, en la que no se discuten las órdenes ni se permite exteriorizar los sentimientos es inaplicable en la actualidad. Tampoco se debe caer en el facilismo de “no quiero que mi hijo sufra como yo” porque esto predispone a una educación débil, errática, carente de límites y normas de convivencia. Un niño que sólo conoció el “sí” ante sus caprichos, al crecer se enfrentará con un medio que no está dispuesto a hacer concesiones. Cada “no” que reciba -en la escuela, con los amigos, en la vida afectiva, en el trabajo- le provocará una ansiedad insuperable. La imposición de límites justos va modelando la futura personalidad y prepara al adolescente para aceptar las negativas que frecuentemente encontrará en la vida sin que ello constituya una frustración.

Algunos padres descargan los conflictos personales en los hijos. En la historia familiar de los adictos se observan duelos patológicos no resueltos que influyeron en la conducta. Los más frecuentes son los siguientes:

- Antecedentes de muertes prematuras, inesperadas o violentas.
- Separaciones o divorcios.
- Migraciones o mudanzas traumáticas.
- Enfermedades graves.
- Pérdidas económicas de magnitud.
- Violaciones.

Estas familias suelen tener grandes dificultades para poner límites porque en general se dan las situaciones como las siguientes:

- Descalificación del padre.
- Liderazgo incompleto de otro miembro de la familia.
- Pactos secretos entre la madre y el hijo.
- Complicidad de los abuelos para quebrar las reglas.
- Superposición de órdenes.
- Pérdida del control de los hijos adolescentes.
- Confusión de roles.

- Fallas en la regulación de los afectos.
- Control de los sentimientos por medio de fármacos.
- Destrucción sistemática de cualquier norma.

La vida de un grupo familiar nunca está exenta de sufrimientos y golpes inesperados. En esos momentos el proyecto que se construyó laboriosamente durante años se puede derrumbar porque los padres no están preparados para afrontar la situación. Por eso, es sumamente imprudente tratar de seguir adelante negando el dolor que provocan determinadas situaciones. Cuando la familia no confía en la comunicación sin ningún tipo de hipocresía, se pone en marcha un mecanismo patológico que tarde o temprano hará mella en el más débil del grupo y con frecuencia abrirá la puerta del hogar a las drogas.

Disfunción Familiar

Las relaciones familiares y la comunicación se van haciendo cada vez más disfuncionales, debido a que el sistema familiar se va enfermando progresivamente. La comunicación se hace más confusa e indirecta, de modo que es más fácil encubrir y justificar la conducta del adicto. Esta disfunción se va convirtiendo en el estilo de vida familiar y produciendo en muchos casos el aislamiento de la familia de los contactos sociales cotidianos. Las reglas familiares se tornan confusas, rígidas e injustas para sus miembros, así como los roles de cada miembro familiar que se van distorsionando a lo largo del proceso de avance de la adicción. Todos los miembros de la familia se afectan de este sistema de reglas disfuncionales, y es allí, donde los niños van formando su carácter codependiente, que puede facilitar el desarrollo de adicciones o de relaciones enfermas en el futuro.

Los Roles en la Familia del Adicto

Con todo el impacto que la adicción genera sobre la dinámica familiar, los miembros de esta familia van enfermando progresivamente de codependencia. Muchas veces esto se traduce en una inversión de gran cantidad de tiempo y energía en la actuación de roles familiares disfuncionales, cuyo objetivo es el de proveer a la familia de un mecanismo de defensa para disminuir la ansiedad y el temor y dar la sensación de "estar haciendo algo" para resolver el problema de la adicción.

Desgraciadamente el resultado final es que la adicción se fortalece y la familia se enferma más aún, estableciéndose un sistema familiar que gira en torno al adicto. A continuación enumeramos una breve descripción de los roles disfuncionales en la familia del adicto:

1- El Rescatador: Este miembro de la familia se encarga de salvar al adicto de los problemas que resultan de su adicción. Son los que inventan las excusas, pagan las cuentas, llaman al trabajo para justificar las ausencias, etc. En general ellos se asignan a sí mismos la tarea de resolver todas las crisis que el adicto produce. De esta manera promueven el autoengaño del adicto, manteniéndolo ciego a las consecuencias de su adicción y convencido de que no existe ningún problema con su uso.

2- El Cuidador: Ellos asumen con ímpetu todas las tareas y responsabilidades que puedan, con tal de que el adicto no tenga responsabilidades, o tenga las menos posibles. Ellos actúan así convencidos de que al menos "las cosas están andando". Lo que no pueden ver, es que esto los carga con tareas que no les corresponden y con responsabilidades que no son suyas, produciendo una sobrecarga que afecta su salud. Esto a su vez promueve la falta de conciencia en el adicto, del deterioro que produce la adicción en su funcionamiento.

3.- El Rebelde: La función del rebelde u oveja negra, es desenfocar a la familia y atraer la atención sobre sí mismo, de modo que todos puedan volcar sobre él, su ira y frustración. Muchas veces es el niño que continuamente tiene problemas de disciplina en la escuela, o incluso el joven que experimenta con drogas ilegales.

4.- El Héroe: El también está empeñado en desviar la atención de la familia y distraerla hacia él, a través de logros positivos. De esta manera hace que la familia se sienta orgullosa, y ayuda a la familia a distraer la atención que tiene en el adicto. Puede ser el alumno de impecable récord académico, el atleta que sobresale en los torneos o que siempre está logrando más de lo que se espera de él.

5.- El Recriminador: Esta persona se encarga de culpar al adicto de todos los problemas de la familia. Se encarga de llevar a cabo sesiones de recriminación tremendamente amargas, y sermones que, no sólo son exagerados, sino que además sólo funcionan para indignar al adicto, brindándole así una excusa perfecta para seguir usando.

6.- El Desentendido: Usualmente este rol es tomado por algún menor de edad que se mantiene "al margen" de las discusiones y de la dinámica familiar. En realidad es una máscara que cubre una gran tristeza y decepción que es incapaz de expresar.

7.- El Disciplinador: Alguno de los miembros usualmente se encarga de manejar el rol de disciplinador. Este familiar presenta la idea de que lo que hace falta es un poco de disciplina y agrede al adicto, ya sea física y/o verbalmente. Esta actitud nace de la ira y frustración que se acumulan en la familia del adicto y de los sentimientos de culpa que muchos padres albergan por la adicción de sus hijos. Por supuesto que la violencia no añade nada positivo a la dinámica familiar ya enferma por la adicción.

Todos y cada uno de los familiares realizan estos roles sin la más mínima idea de que están promoviendo el desarrollo de la adicción. Muy por el contrario, están más que convencidos de que están ayudando. Por esto es necesario hacer conciencia de la necesidad de cambios en la familia para poder lograr una recuperación de mayor calidad.

Doce normas para criar hijos drogadictos

Los consejos que transcribimos fueron elaborados por el Departamento de Policía de Houston, Texas, en los Estados Unidos. Con lenguaje irónico se intenta mostrar cómo actúan los padres que crían hijos adictos.

- 1) Dele al niño todo lo que quiera desde pequeño. De esa manera, crecerá creyendo que el mundo le debe la vida.
- 2) Cuando diga malas palabras, ríase. Eso le hará pensar que es gracioso. Además, lo alentará a aprender otras frases que más adelante lo harán enojar.
- 3) No le dé ningún tipo de formación espiritual. Espere a que cumpla 21 años y pueda decidir por sí mismo.
- 4) Evite usar la palabra “equivocado” porque puede crearle un complejo de culpa. Más tarde, cuando lo arresten por robar un automóvil, creará que la sociedad está en contra de él y que lo persiguen.
- 5) Recoja todo lo que deje desparramado (libros, zapatos, ropa, etcétera) para que aprenda a descargar todas sus responsabilidades en los demás.
- 6) Permítale leer cualquier tipo de publicación. Cerciórese de que los vasos y cubiertos estén esterilizados, pero deje que se alimente de basura.
- 7) Discuta con frecuencia delante de su hijo. De esa manera, no se sentirá tan sorprendido cuando más adelante el hogar se disuelva.
- 8) Dele a su hijo todo el dinero que quiera. No deje que se lo gane. ¿Por qué las cosas tienen que ser para él tan duras como fueron para usted?
- 9) Satisfaga todos sus deseos de comida, bebida y comodidades. La negación puede resultar en frustraciones.
- 10) Defiéndalo contra los vecinos, los maestros y la policía. Todos están contra su hijo.
- 11) Cuando se vea envuelto en problemas serios, discúlpese diciendo: “nunca pude con él”.
- 12) Prepárese para una vida llena de pesares. Es muy probable que la tenga.

Familias con bajo riesgo

Los innumerables estudios que demuestran la incidencia de los padres en las adicciones de los hijos adolescentes permitieron identificar las conductas negativas en este contexto. Cuando se observó el comportamiento de los grupos familiares de bajo riesgo, es decir, que no tienen adictos entre sus miembros, se obtuvieron datos vitales para encausar las instancias de prevención y terapéutica.

Las características de la familia con bajo riesgo de contraer adicción se resumen en los cinco puntos que se detallan a continuación:

- 1) Una sensación de cohesión familiar no simbiótica.
- 2) Desarrollo de recursos para resolver problemas y comunicarse entre sí.
- 3) Principios morales o religiosos firmes.
- 4) Menor grado de incompatibilidad caracterológica, social o cultural entre los padres.
- 5) Un marco en el que la autoexpresión, las convicciones y los proyectos personales pueden ser desarrollados.

Estos padres hacen un manejo equilibrado de la protección y dosifican el paso de la dependencia a la autonomía a medida que el hijo fortalece su personalidad; son conscientes de que la permisividad es tan perjudicial como el autoritarismo; aseguran la firmeza en el carácter de los adolescentes mediante el ejemplo y la transmisión de pautas; ejercen la paternidad de manera responsable; fijan límites razonables y los hacen cumplir; persuaden más que obligan; permiten el desarrollo de la opinión personal; tienen respeto y consideración hacia los sentimientos del hijo; elogian lo positivo en lugar de centrarse en lo negativo, aunque no dejan de señalar los errores cuando es necesario; evitan la manipulación ya que ésta es un chantaje emocional que se aprovecha de los deseos y sentimientos del hijo para inducirlo a hacer lo que ellos quieren.

Dado que los niños están siempre dispuestos a imitar a sus padres y a tomarlos como modelo de identificación, podríamos decir, en síntesis, que la mejor enseñanza es el ejemplo.

Valores y principios familiares:

Cada familia tiene expectativas de comportamiento determinadas por principios y normas, las cuales se reúnen en valores o en "principios". En muchos

casos los jóvenes que deciden no consumir drogas lo hacen porque tienen una fuerte convicción contra el uso de sustancias, convicciones que se buscan en un sistema de valores, sociales, familiares o religiosos. Estos proporcionan razones para que los jóvenes digan que no a la droga y para ayudarlos a mantener esta decisión. A continuación presentamos una guía de conductas que ayudarán a aclarar los valores de su familia.

1. Comuníquese abiertamente los valores. Hable acerca de por qué son importantes ciertos valores como la honestidad, la confianza en sí mismo, la responsabilidad y la forma en que los valores ayudan a los niños a tomar decisiones acertadas. Enseñe a sus hijos que cada decisión se basa en decisiones anteriores y que una decisión acertada facilita la siguiente.
2. Reconozca que las acciones de los padres de familia afectan al desarrollo de los valores de sus hijos. Expresado en forma sencilla, podemos decir que los niños copian el comportamiento de sus padres; por ejemplo: cuando los padres fuman es más probable que los niños sean fumadores. Evalúe su propio uso del tabaco, del alcohol, de los medicamentos recetados y aun las drogas de venta libre. Considere la forma en que sus actos y sus actitudes pueden estar influyendo las decisiones de sus hijos, acerca del uso del alcohol y otras drogas. Lo anterior no significa, sin embargo que si usted tiene la costumbre de tomar vino en la cena de beber ocasionalmente cerveza, deba suspenderla. Los niños pueden comprender y aceptar que existen diferencias entre lo que los adultos pueden hacer legítimamente y lo que es apropiado y legítimo para ellos. Sin embargo mantenga cuidadosamente esta distinción. No deje que sus hijos participen en su acto de beber permitiéndoles traer su propia cerveza y tampoco les permita probar lo que usted está bebiendo.
3. Cúidese de que sus actos coincidan con sus palabras. Los niños perciben rápidamente cuando un acto de los padres sugiere que está bien escaparse de las obligaciones desagradables o ser deshonestos.
4. Asegúrese de que su hijo realmente comprenda los valores familiares. Los padres suponen a veces erróneamente que los hijos han absorbido los valores aún cuando los mismos raramente o nunca hayan sido tema de conversación en el hogar. Usted puede probar la comprensión de su hijo conversando sobre algunas situaciones comunes durante la cena, por ejemplo: ¿qué harías si a una persona en la cola del cine se le cayera dinero?.

Establecer y aplicar normas:

Como padres tenemos la responsabilidad de establecer normas que nuestros hijos deban seguir. Debemos establecer reglas para proteger su bienestar. Sin embargo, el establecimiento de normas es sólo la mitad de la tarea, debemos estar preparados también a imponer castigos cuando no se cumplan.

1. Sea específico. Explique las razones en las que se basan las normas. Dígale a su hijo cuáles son las normas y que comportamiento se espera. Converse con él sobre las consecuencias de las faltas de cumplimiento a las normas. Cuáles serán los castigos, en qué forma se aplicarán, cuánto tiempo representará y cuáles el propósito del castigo.
2. Actúe coherentemente con su cónyuge. La pareja debe discutir y llegar a un acuerdo respecto a las normas y castigos que protegerán a sus hijos. Es muy negativo que un padre imponga un castigo y el otro no lo haga cumplir.
3. Sea razonable. No agregue nuevas consecuencias que no hayan sido convenidas antes de haberse infringido la norma. Evite amenazas irreales, como “tu padre te va a matar cuando vuelva a casa”. En cambio reaccione con calma y aplique el castigo que el niño espera recibir por haber infringido la norma.
4. Sea firme. Considere que estadísticas y estudios recientes demuestran que uno de los principales problemas de los adictos es que carecen de límites, es decir, no tiene la norma incorporada. Muchas veces los padres imponen límites pero estos son transgredidos de alguna forma y el hijo va perdiendo el verdadero sentido de protección que estos implican.
5. Recuerde que los castigos tienen el propósito de servir como aprendizaje. Siempre un límite debe tener un por que, que debe ser aplicado al hijo y este por que debe remitir a su propio bienestar. Los castigos no deben ser físicos sino mas en pérdida de privilegios (por ejemplo, no ver un programa de TV favorito). Perderá privilegios grandes cuanto mayor sea la norma transgredida. Los límites obviamente varían de acuerdo a la edad y a las necesidades; un límite a determinada edad puede proteger a su hijo, ese mismo límite a una edad más avanzada puede ser asfixiante y perjudicial.
6. Ejerza la autoridad de padre con amor. Es decisivo tener vigente la posición de padre frente al hijo que crece, no plegarse al grupo de amigos, “rejuvenecerse”,

siendo un “amigote” más. El adolescente necesita tener una imagen definida de los padres, que sigan en su rol, aunque el hijo decida ser diferente de esta manera conforma su propia identidad, es él mismo. “Los niños y los adolescentes no se malogran porque se los frustre en determinadas ocasiones, sino porque no se los frustre nunca y lleguen así a ser víctimas de sus caprichos ... o porque se los frustre sin amor suficiente, cuando es necesario poner límites y marcar rumbos”. La autoridad basada en la justicia y en la equidad requiere poner límites a las conductas de nuestros hijos. Las figuras de autoridad estimulan en niños y jóvenes la configuración de metas, valores y normas, favoreciendo la adopción de la propia escala valorativa y la evolución hacia la autonomía moral. En un estudio epidemiológico en Illinois, EEUU, se evaluó la relación: consumo de drogas/ejercicio de la autoridad paterna: a mayor autoritarismo paterno, mayor consumo. En cambio el ejercicio de una autoridad moderada arrojó los porcentajes más bajos.

7. 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 mismo la abstención acerca de las drogas.
8. Los jóvenes necesitan padres con firmes convicciones, que no sean despóticos ni injustos, que puedan reconocer sus errores y aprender de estos.

Comunicarse con sus hijos:

Adicto significa “sin dicción”, una persona que tiene dicción es una persona que puede expresarse. El adicto tal vez hable poco, le es imposible expresar en especial sus sentimientos. Tanto el adicto como su familia tienen la capacidad de hablar, pero por dificultades para comunicarse y expresar lo que sienten. 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. Sepa escuchar. Asegúrese de que su hijo se sienta cómodo transmitiéndole sus problemas o preguntas. Escuche atentamente lo que dice. No permita que la discusión termine por la cólera que le produzca lo que oye. Si es necesario, tome un descanso de 5 minutos para calmarse antes de continuar. Perciba asimismo lo que su hijo no le dice. Si no le cuenta sus problemas, tome la

iniciativa y pregúntele lo que le ocurre en la escuela o en otras actividades que realiza.

2. Esté disponible para conversar, incluso sobre temas sensibles o delicados. Los jóvenes necesitan saber que pueden confiar en que sus padres les darán información exacta sobre los temas que son importantes para ellos. Si sus hijos desean conversar sobre algo en un momento en que usted no puede, préstele completa atención, fije otro momento para hacerlo y hágalo.
3. Sea generoso con los elogios. Destaque las cosas que sus hijos hacen bien en vez de concentrarse siempre en las cosas en las que hace mal. Cuando los padres elogian más fácilmente que critican, los niños aprenden a sentirse seguros de sí mismos y desarrollan la confianza necesaria para fiarse de su propio juicio.
4. Transmita mensajes claros. Para asegurarse de que el mensaje llegó sin distorsiones y que fue entendido, hágale preguntas a su hijo respecto del mensaje. No tenga miedo de confesar que no sabe todas las respuestas.
5. Sea modelo del buen comportamiento. Los niños aprenden por el ejemplo tanto como por la enseñanza. Asegúrese de que sus propios actos reflejen las normas de honestidad, integridad y juego limpio que usted espera de sus hijos.
6. La comunicación no sólo se da a nivel verbal, involúcrese en juegos, deportes o hobbies con sus hijos.
7. Las comidas son el momento más propicio para la comunicación, nunca las haga en familia encendiendo la TV.

Estar informados:

Como padres debemos estar informados acerca del alcohol y otras drogas para poder proporcionar a nuestros hijos información actualizada y correcta. Si tenemos un conocimiento corriente acerca de las drogas comunes, sus efectos sobre la mente y el organismo y los síntomas sobre su uso, podremos conversar sobre estos temas con nuestros hijos si presentan síntomas de problemas relacionados con la droga.

Como mínimo es preciso:

- a) Poder identificar los objetos, artefactos y accesorios relacionados con el uso de cada droga.
- b) Conocer los síntomas del uso del alcohol y otras drogas y estar alertas a los cambios en el comportamiento o la apariencia de los hijos, y
- c) Saber como buscar ayuda rápidamente si sospechan que su hijo puede estar usando alcohol y otras drogas.

Cuando converse con sus hijos de drogas y alcohol ponga énfasis en las consecuencias por el uso de estas más que en los efectos. Algunas campañas de prevención terminan siendo una apología de la drogadicción ya que se centran en el efecto de las drogas más que en las consecuencias. Tenga bien en claro cuales son las consecuencias del uso de drogas a corto y largo plazo. Además de los daños psicofísicos, un adicto sólo tiene tres caminos: la muerte, la locura o la cárcel.

Para estar bien informado recurra a la vasta bibliografía que hay sobre el tema en librerías o bibliotecas. Asista a conferencias de prevención, especialmente aquellas donde se presente algún testimonio de una persona que haya superado su adicción a las drogas o alcohol.

Esté alerta a los indicios de uso de drogas y a la presencia de artefactos utilizados para ingerirlas, como papeles para armar cigarrillos, cajitas de fósforos agujereadas en el centro, elementos que ayuden a fumar la colilla del cigarrillo de marihuana, olor dulzón en la ropa parecido al patchouli, balanzas, biromes sin tapita y sin tanque, cucharitas, jeringas, tubitos que puedan servir para inhalar drogas, documentos, tarjetas o billetes con un sabor amargo y anestésico, espejos. Estos elementos pueden ser indicios del uso de drogas. Aun cuando los indicios sean claros (generalmente después de que los jóvenes han estado drogándose por un tiempo) a veces los padres no quieren reconocer la posibilidad de que sus hijos tengan un problema. La cólera, el resentimiento, la culpa y una sensación de fracaso como padres son reacciones comunes.

Si su hijo está utilizando drogas, es importante que usted, en vez de culparse por el problema, más bien procure la ayuda que sea necesaria para resolverlo. Cuanto antes se detecte el problema, más fácil será ayudar al hijo.

En primer lugar no enfrente a un joven que esté bajo los efectos del alcohol o de las drogas, espere hasta que esté sobrio. Entonces explíquele sus sospechas con calma y objetividad, busque ayuda de los otros miembros de la familia, si fuere necesario para respaldar sus observaciones.

Generalmente los jóvenes que se drogan no son honestos y niegan su adicción. Si usted cree que su hijo no está diciendo la verdad y las pruebas son suficientemente evidentes, hágalo evaluar por un profesional especializado.

Muchas veces al ser tan evidente aceptan que se drogan y para conformar a los padres prometen no volver a hacerlo. Pero en un altísimo porcentaje de jóvenes que se drogan esta promesa sólo queda en el intento y la persona continua drogándose solapadamente. No pierda el tiempo: lleve a su hijo de inmediato a una consulta con un especialista.

Si bien la drogadicción es un grave problema, hoy en día los que trabajamos en este sentido contamos con técnicas y herramientas, además del amor que ponemos en lo que hacemos para asegurar que la salida es posible.

Y recuerde siempre, si su hijo esta drogándose, no se preocupe, ocúpese.

Hacia una ecología de las adicciones

Para que una persona usuadora (un nivel 1 usador experimental o un nivel 2 usador ocasional o alguien que recién comienza a abusar de las drogas por un factor desencadenante) pueda ser tratada con probabilidades de éxito, siempre y cuando se consiga una abstinencia prolongada, es importante adoptar un modelo que incluya:

- 1) Un modelo institucional (no individual) e interdisciplinario con profesionales altamente capacitados y especializados.
- 2) Psicoterapia grupal y de auto ayuda con pares.
- 3) Operadores socio-terapéuticos (ex adicto capacitado) como modelo de identificación.

Es fundamental hacer un buen diagnóstico por profesionales especializados en esta temática. La droga tiene por función evitar tomar contacto con sentimientos displacenteros, es una especie de amortiguador de la realidad. Cuando el terapeuta intenta hacer consciente lo inconsciente a través de una interpretación, que

funcionaría con un neurótico, o a través de una intervención, lo único que logra es que el paciente se dé cuenta (Gestalt) de su problemática, tome contacto con estos sentimientos y vuelva a drogarse. Uno le hace ver la realidad que no quería ver, y aumentan sus deseos de drogarse.

Partimos de la base de que: el adicto,

- a- si bien cronológicamente puede ser un adulto, emocionalmente está relegado a una etapa pretérita de su desarrollo
- b- su conducta está regido principalmente por el principio de placer más que el de realidad
- c- es poco tolerante a la frustración
- d- dominado por el pensamiento mágico omnipotente.
- e- es dependiente, es decir temen estar aislados,
- f- no pueden sostener responsabilidades (a tal punto que pierden las llaves o sus documentos señal de autonomía 3 veces más que una persona no adicta), son incapaces de diferenciar donde esta el límite.

Esta descripción del adicto es lineal, si queremos dar cuenta de una descripción circular vemos que el adicto es el paciente identificado, el síntoma de disfunciones familiares, quien sirve para mantener la homeostasis familiar.

Aunque parezcan más independientes, los adictos viven en casa de sus progenitores o tienen una frecuencia de contacto considerablemente mayor a los no adictos. En un estudio en EE.UU. se determinó que el 65 % de los adictos mantenían contacto diario con uno de los progenitores contra el 9 % para los no adictos.

La mayoría de matrimonios establecidos durante la adicción además de ser una repetición del núcleo familiar originario con roles y patrones de interacción similares vistos en el progenitor opuesto, tienden al fracaso por lo que la persona suele volver a la casa de sus padres derrotado.

Esta situación mantiene la homeostasis familiar de la siguiente manera: cuando un adicto comienza a triunfar (en el trabajo, estudio o tratamiento) se encamina indefectiblemente hacia el abandono de la familia. Es en este momento se desata una crisis en la familia: los padres se pelean o separan, algún progenitor desarrolla síntomas, o un hermano se convierte en problema. Así el adicto retoma una conducta de fracaso y el otro problema familiar se disipa. El fracaso y la

imposibilidad de lograr una autonomía sirven como función protectora para quedarse en casa y no independizarse. A la familia le atemoriza el separarse (miedo a la separación) porque de esa manera deberían confrontar los problemas que ellos tienen consigo mismos o con su pareja. El adicto es la droga de los padres. Desde algún lugar: la droga es al adicto como el adicto a sus padres.

Todas las familias en mayor o en menor medida tienen miedo a la separación pero las normales lo resuelven exitosamente y la de los adictos entre otras no. Se atascan en la evolución de la familia como organismo.

La importancia de la terapia familiar

Todos reconocemos la importancia de la familia en la vida de los individuos y de la sociedad, pero quizá no es tan evidente el por qué de esa importancia. La familia es un sistema y como tal tiene funciones y roles, que asumen los miembros. Al cambiar uno de los miembros de la familia, se genera un reordenamiento en los demás integrantes y se produce una modificación estructural. Este proceso se da a lo largo de toda la vida sin que esto implique nada grave. Se hace necesaria la intervención de un terapeuta familiar cuando la estructura de una familia no permite crecer a los integrantes ni los hace felices.

Lo anterior es válido aun cuando sólo uno de sus miembros presente una disfunción. En el caso de las adicciones es poco útil trabajar con la persona perturbada y dejar fuera al resto ya que de esta manera se afrontaría una parte muy subjetiva de la problemática. Al trabajar con la pareja o con toda la familia tenemos más información y más recursos para ayudar a los pacientes. Además, se mejora el contexto que llevó al paciente a sentirse mal y esto es beneficioso para todos. Otra gran ventaja de trabajar con todo el grupo familiar es que se acorta la duración del tratamiento ya que si un miembro se resiste a enfrentar los hechos que ocasionan una perturbación es probable que los demás influyan sobre él para que retome la terapia.

Cuando uno observa a un adicto, se da cuenta de que refleja una serie de disfunciones familiares, es decir, que el adicto es un "síntoma" de las disfunciones por las que está pasando toda la familia. Estos mecanismos sorprenden muchas veces a los padres y hermanos del adicto, a quienes les resulta difícil comprender que ellos también tienen problemas.

Salvo casos patológicos, todos los padres quieren que los hijos estén sanos, pero hay una poderosa fuerza inconsciente que los lleva a desear que los hijos sigan siendo los pequeños de siempre. Cuando el hijo comienza a crecer, a salir, a tener novia o a conseguir un trabajo, puede suceder que sienta la presión de los padres y busque una manera de perpetuar la estadía en la casa. En estos casos aparecen síntomas, como una adicción o algún otro tipo de enfermedad.

A menudo esto ocurre cuando la comunicación entre los integrantes de la familia es deficiente. Por ejemplo, si el matrimonio está pasando por un trance de ruptura, o guarda cosas que nunca se dijeron, o uno de los padres tiene traumas no resueltos, encuentra una solución más sencilla que confrontar y resolver los propios problemas que consiste en volcar toda la atención y las energías en lo que le está pasando a unos de los hijos.

Este tipo de mecanismo se da también en geopolítica. Si todos los argentinos estamos enfrentados y de pronto se produce una agresión de parte de otro país, nos olvidamos de inmediato de nuestras diferencias y nos unimos en un frente común. Otro ejemplo se da cuando un adulto interviene para reprender a dos chiquitos de tres años que estaban peleándose; automáticamente los chicos olvidan la pelea para unirse en contra del mayor. Otro caso es el de las hinchadas de fútbol, que se odian entre sí y tienen verdaderas batallas campales durante los partidos y fuera de ellos, pero cuando juega el seleccionado nacional alientan al equipo con el mismo fervor y olvidan los enfrentamientos.

En una familia en la que aparece un adicto, todos se ocupan de atender al chico-problema. Esto va creando un equilibrio familiar que sirve para mantener al grupo unido. Si el hijo mejora y abandona la casa, aparece en los padres la pregunta inconsciente: “¿y ahora cómo vamos a hacer para vivir, si después de tantos años somos dos perfectos desconocidos?” o “¿cómo voy a hacer para enfrentar mis problemas?” Sin advertirlo, la familia se “droga” con el hijo, es decir, se evade de su propia realidad para atender al que está mal. Cuantos más problemas causa esta tercera persona, más atención va a requerir. Es así como vemos chicos brillantes que se malogran a través de la adicción y nunca pueden salir de la casa.

También se da el caso, por ejemplo, del hombre soltero de más de cuarenta años que sigue viviendo con los padres porque se resignó a obedecer el mandato familiar que se traduce en mensajes del tipo: “esa mujer no es para vos” o “ese trabajo no te conviene”. En este contexto todos los mensajes que llegan al hijo son para decirle que no está capacitado para vivir sin la tutela de los padres. La fuerza

del mandato es tal que el hijo termina actuando inconscientemente con torpeza y todo le sale mal. Así se cumple la profecía que confirma que depende de los padres. El hijo está atrapado en un laberinto en el cual el equilibrio familiar se logra a costa de un “chivo emisario”, o sea, alguien que lleva los signos de la disfunción del grupo y se convierte en un individuo problemático.

Los padres realizan una selección inconsciente entre los hijos -en el caso de que haya más de uno- y proyectan en el que han elegido los conflictos personales. La relación de estas familiar de adictos suele ser muy tormentosa. A pesar de todo, el hijo adicto, en su desesperada búsqueda de amor y contención, se mantiene permanentemente en contacto con los padres aunque se halle lejos, más aún que un hijo sin problemas.

Cuando el adicto se somete a un tratamiento para alejarse de la droga y comienza a obtener resultados -y eso podría llevarlo a la curación y por ende, al abandono de la familia- suele desencadenarse algún tipo de conflicto que lo retrotrae a la situación anterior. El padre se enferma, otro hermano empieza a tener problemas, o el matrimonio pelea y amenaza con divorciarse. Entonces el adicto retoma la conducta del fracaso, abandona el tratamiento y así logra que el problema familiar se disipe. El fracaso del hijo -en la terapia, en el trabajo, en una relación afectiva- sirve como función protectora para mantener la cercanía familiar.

Existen muchos miedos inconscientes que hacen desear que ese hijo no abandone el hogar. El síndrome del nido vacío que hace perder el sentido de la vida cuando el hijo ya no depende más de los padres, y el temor a envejecer que supone el crecimiento de los chicos son los más importantes. Estos sentimientos se dan en casi todas las familias, pero se resuelven con normalidad cuando la pareja tiene proyectos en común para llevar a cabo luego de que los hijos se alejen de la casa. Ése es el proceso natural. Lo patológico es que la obsesión de retener a los hijos se perpetúa en el tiempo y se convierte en un patrón de conducta permanente.

Hay familias en las que se produce el fenómeno del “gatopardismo”. Esto significa que el síntoma cambia para que todo continúe igual. Dado que la problemática del hijo es tan evidente que ya no se la puede ocultar, el hijo deja la adicción a las drogas y adopta una adicción más discreta y aceptable (pánico a salir a la calle, depresiones, bulimia, fobias, fracasos laborales reiterados, etcétera). De esa manera, continúa la relación patológica, pasando más desapercibida.

Lejos de asumir las propias responsabilidades, la familia protege al adicto y culpa a los agentes externos del fracaso. Este verdadero círculo vicioso demuestra la

necesidad de que todo el grupo familiar se someta a un programa terapéutico adecuado que los ayudará a encontrar una salida para el problema.

Estrategias familiares conducentes a la demanda de tratamiento por parte del paciente identificado

La familia tiene dos opciones para que haya demanda real de tratamiento:

A- Situaciones límites naturales: deterioros propios de la droga a través de:

- 1) Enfermedad grave o muerte de un ser querido
- 2) Situación de severo daño físico personal
- 3) Problemas laborales. Despido laboral
- 4) Violencia física o robos hacia los seres queridos
- 5) Accidentes
- 6) Sobredosis
- 7) Repetidos malos viajes (“horror trip”)
- 8) Fracaso matrimonial o sentimental importante
- 9) Problemas legales que condicionan la libertad
- 10) Cárcel

B- Situaciones límites artificiales:

Son las denominadas estrategias para el cambio, que siempre deben ser llevadas a cabo bajo la supervisión profesional. El objetivo es incomodar al adicto con su adicción. Tiene dos efectos fundamentales:

- 1) primera vez que no elude un límite puesto por sus padres. Sus padres se alían contra su enfermedad actuando en forma de bloque.
- 2) con al droga consigue el efecto placentero pero también se instalan la culpa y angustia.

Estas estrategias aceleran el proceso de tocar fondo y por ende la demanda o disponibilidad en términos sistémicos del paciente.

Casos reales

Testimonio 1

Miguel G.

Comencé a drogarme alrededor de los 16, quizás 17, no puedo precisarlo, con marihuana, utilizaba también cemento de contacto y anfetaminas.

Un poco por curiosidad, otro poco porque siempre me atrajo lo prohibido, lo que transgrede.

Fue como un juego al principio, era algo nuevo, original (así yo lo sentía) y me atraía. A partir de ahí comencé a frecuentar lugares de tipo alternativo, donde se rendía culto a una cultura subterránea que incluía músicos, pintores, poetas y “locos en general”.

Pensaba, por aquellos años, morir a los 25 años y las drogas me parecían una excelente forma de acelerar ese momento.

Si Baudelaire se drogaba, si lo hacía Dalí, Buñuel, Artaud, Poe, Huxley ¿porqué un pobre diablo como yo no lo podía hacer?, me preguntaba por entonces.

Nunca me pensé sin fumar un sólo día. Odiaba a la cocaína y terminé inyectándomela, defendía a la marihuana, su legalización. Siempre me pareció inocua, pero siempre era el trampolín a algo más fuerte, llámese L.S.D. o cocaína.

Claro, la marihuana “permitía” hacer una vida “más familiar”, en el sentido de que uno come, duerme y por entonces no creaba tantos problemas.

Aunque sí, tuve que venderla para solventar mi consumo y acompañé varias veces a mi *dealer* a robar para solventar el de cocaína.

Intenté varias cosas para dejarla: acupuntura, homeopatía, psiquiatría. Llegaba a dejar de inyectarme e inhalarla, pero mis planes no incluían dejar de fumar. Tenía miles de conocidos y ya no sabía quiénes eran mis amigos.

Mi idea de que el suicidio era una salida válida para esta vida, hizo que me vuelque casi definitivamente a la cocaína. No tenía el “valor” de hacerlo de una vez, entonces lo hacía de a poco.

A los 18 años me fui a vivir solo, es decir, sin mis viejos, con varios chicos con los que formábamos un grupo de música.

Ahí conocí la morfina y la heroína, que al no ser algo común de encontrar, hizo que no me enganchara.

Aunque sí bien me drogué durante 12 años, nunca dejé de trabajar; postergué sí proyectos y estudios, pero siempre trabajé a pesar de mi resistencia a hacerlo.

En los mejores momentos de mi vida, que fueron presenciar los partos de mis hijos, en esos precisos momentos no estaba bajo efectos de nada. El “festejo” venía la noche posterior. Hoy me siento un estúpido de querer “festejar” el nacimiento de una vida con resabios de muerte. En lugar de querer prolongar mi vida a partir de ahí la acertaba, quizás para no afrontar tamaña responsabilidad.

Hubo un intento grande para terminar con todo esto y fue irme a vivir a las sierras, a Córdoba.

Arrastré a mi familia a un proyecto que, al principio funcionó, pero recaí otra vez. La cuestión no era cambiar el entorno, primero había que cambiar lo interno.

Llegué a pensar que la única forma de dejar las drogas era el suicidio. Lo intenté varias veces y por suerte fallé.

Hoy vislumbro otra cosa, y a veces, no lo puedo creer.

Fueron muchos años de drogas, estaba cansado tanto psíquica como físicamente. Ya nada me divertía ni alegraba.

Hoy por hoy tengo sobrados motivos para estar feliz y renovar mis ganas de, por fin, terminar algo para mí.

Testimonio 2

Diego B.

Mi enfermedad, yo creo, que empezó después de que falleció mi papá. A la semana empecé a drogarme con L.S.D., seguí con marihuana y con pastillas, pero con lo que más me drogué siempre fue con L.S.D.

Tenía 14 años. Ahí empezó mi problema. Empecé a robar por curiosidad, no por falta de dinero, y me colgué con el robo y cada vez más y más. Empecé a robar de caño coches y motos. Ya era como un hobby.

Drogarme, cuando empecé, éramos doce chicos muy unidos de los cuales dos éramos los que robábamos más, los demás, no. Era más pasar el tiempo re-locos y divertirse, ir a recitales y esas cosas, como ir a bailar o quedarse en una plaza delirando gente. Dejé de lado a mi familia.

Me casé a los 18 años, mi mujer también se drogaba. Tuvimos un hijo y por medio de la plata que yo hacía vendiendo L.S.D., más la de mi trabajo y el robo, alquilé un departamento. Vivimos tres cortos años. Nos separamos por el hecho de que no daba para más. Yo era infiel con ella, ocultaba un montón de cosas y eso me costó la separación. Yo también pretendía eso. Me sentí libre después de separarme, quizás eso era lo que buscaba, nunca me importó Laura (ex mujer), nunca la quise; de eso me doy cuenta ahora, escribiendo este testimonio.

Mi separación hizo que volviera a los 15 años. Empecé a robar más, pero giladas: estéreos, carteras, todo, porque con 21 años conocí la cocaína. Nunca la

había probado. Fue el enrosque de la cocaína y la ansiedad de tomar más hizo que le robe a mi vieja. Fue un golpe, no me gustó y volví a robar con revólver. Empecé a vender cocaína y ahora me doy cuenta que me empezó a ir todo mal. A raíz de eso perdí todo, mi autoestima, la confianza de mi familia, mis hermanas y lo más trágico, el amor a mí mismo.

Ahora me doy cuenta de que nunca me quise y me lastimé en el hecho de drogarme física y psíquicamente.

Nunca supe valorarme, ni a mí ni a mi familia. Ahora veo todos estos cambios.

¿Cómo me siento ahora? Mal y bien: mal por todos los errores que cometí, las angustias que hice pasar en mi casa y el lastimar gente que me quiere. Bien porque recapacité que perdí todo y estoy acá para curarme.

Testimonio 3

Pablo T.

Empecé a drogarme a los 14 años. Como la mayoría, por curiosidad. Fue con un amigo mío. Él me había contado que había fumado y me acuerdo que le dije de todo, pero después de eso yo le preguntaba qué efecto le hacía, cómo era, hasta que un día le dije si tenía uno para probar. Me dijo que sí y así empecé. Al principio no fumaba muy seguido. Siempre me convidaban, yo no era de comprar, porque donde yo vivía siempre había y no necesitaba comprar. También tomé pastillas. No mucho, porque no me gustó. Una vez tomé dos pastillas juntas y me duró dos días el efecto y me sentí muy mal.

A los 17 años probé la cocaína. Me acuerdo que fue en Navidad cuando empecé a tomar. Yo trabajaba en una agencia de publicidad y ya tenía plata para comprarme droga y no esperar a que me conviden.

Antes de cumplir los 18 años me puse de novio y empecé a alejarme un poco de mis amigos. Casi ni me drogaba, tomaba o fumaba cuando los veía o salía con ellos y más me drogaba cuando me peleaba con mi novia.

Duré dos años desde que dejé de salir con ella. Me empecé a drogar más seguido y cada vez en mayor cantidad. Esto fue en abril del 93 y a fin de año dejé de trabajar porque pensaba trabajar con mi papá.

Empecé el 94 mal, re-drogado. Era algo de todos los días. Era en lo único que pensaba. Para mí, como creo que para cualquiera, no había horario para drogarme. Empecé a trabajar con mi papá. Yo había hecho un curso de diseño gráfico en computación. Al principio los trabajos los hacía, pero no con muchas ganas. De a poco dejé de hacerle los trabajos, hasta que mi viejo habló conmigo y me dijo que para laburar así no laburè más y eso fue lo que hice.

El 94 fue mi peor año con las drogas. Probé L.S.D. que era lo que me faltaba probar. Llegaba todos los días a la 7 de la mañana a mi casa y mi viejo me decía qué me quedaba haciendo hasta tan tarde en la calle y yo le decía que me quedaba con los chicos en una estación de servicio tomando cerveza y hablando.

En abril me puse de novio con una chica que se drogaba. Después de un par de meses se enteraron en la casa y un día me llamó por teléfono la madre, me citó en un bar y me dijo que se había enterado que yo también consumía y que si yo no le contaba a mis viejos, se lo iba a contar ella. Ese día llegué a mi casa, lo senté a mi viejo y le dije que había estado fumando marihuana y que ya no lo iba a hacer más. Después se lo conté a mi mamá, que ya sospechaba que algo malo estaba pasando. Esa misma noche dije que me iba a bailar y me fui a drogar, como siempre. O sea, que no me importó nada. Un mes después, más o menos, dejé de salir con esta chica. Ella ya no se drogaba y yo seguí consumiendo más todavía.

Ya empezaba a desaparecer de mi casa, pero no mucho. Si desaparecía lo hacía un fin de semana, o sea dos o tres días, más, no. Mis viejos se empezaron a mover para buscar alguna solución a mi enfermedad.

Primero tuve una entrevista en "Viaje de vuelta". Yo en ese momento no quería saber nada con internarme y menos cuando la chica con la que hablé, que estuvo internada, me dijo que estuvo dos o tres años. Medio como que me asusté y no volví más. Después empecé a ir a una psicóloga. Fui dos o tres veces, después no fui más. Mis viejos siguieron insistiendo y fui a varios lugares más. Yo me seguía drogando, cada vez más, seguí fumando marihuana, tomando L.S.D. y cocaína hasta que me empezaron a poner límites. Por ejemplo, no me dejaban salir los días de semana a la noche, y si salía, después no me dejaban entrar y me empecé a dar cuenta de que no daba más todo lo que estaba haciendo.

Mis viejos se conectaron con la Fundación, me llevaron la primera vez y me acuerdo que no me querían decir adónde íbamos. Llegué, tuve la primera entrevista, pero yo estaba re-cerrado, no quería saber nada de internarme. Tuve que pegarme un par de palos más, como para darme cuenta. Allí mis viejos me cerraron la puerta de mi casa, me sacaron las llaves y me cambiaron la cerradura y me dijeron que si no me internaba no entraba más a casa.

Agarré y me fui un par de días, creo que eso me hizo reflexionar mucho. Volví a mi casa y les dije a mis viejos que me internaba. El que yo esté internado en este momento se lo debo, la mayoría, a mis viejos. Ellos me hicieron dar cuenta de lo enfermo que estaba. Cuando me interné me propuse hacer algo por mí, por primera vez en mi vida. Ahora me doy cuenta de cómo me está sirviendo esto, cómo valoro a mi familia, valoro todo lo que hago, cosa que nunca hice y estoy con muchas ganas de seguir adelante. Sé que me voy a rehabilitar. Cueste lo que cueste voy a salir por la puerta grande.

Testimonios familiares

Claudio Salvador F.

Cuando empecé a notar actitudes extrañas en mi hijo, comencé a controlarlo. Fue así como descubrí que se estaba drogando. Él no me lo negó. Fue entonces que mi vida se convirtió en un calvario. Comenzaron las agresiones de parte mía, los gritos y hasta la violencia. De esa forma nos fuimos alejando el uno del otro.

Así siguió nuestra vida, con mentiras de parte de él, las que, cuando se descubrían, volvían las agresiones.

Por todo esto yo vivía enfurecido y lleno de odio. Trataba de hablarle, de hacerle entender que ese no era el camino y que iba a terminar destrozando su vida y la de su familia. Parecía entender todo lo que yo le decía; a partir de ahí empezábamos una nueva etapa con buenos consejos de parte mía para que entendiera que la vida no era como él creía.

Se quedaba un tiempo en casa sin salir. Sólo salía para ir a trabajar. Venían amigos buenos a pedir que lo deje salir con ellos, y así cuatro o cinco sábados todo marchaba bien, hasta que solo se separaba de los buenos amigos y otra vez volvía a la droga. Y yo me volvía a sentir defraudado y estafado por mi propio hijo.

Fue así que una vez no soporté vivir de esa manera y traté de quitarme la vida; me parecía que no tenía sentido vivir con tanto dolor. Pero con la atención de mi señora que llamó al médico enseguida, me pudieron sacar adelante. Hoy, gracias a Dios, estoy vivo y puedo apoyar a mi hijo en su tratamiento que, felizmente, lo veo seguro y luchando por su recuperación.

Rosa E. G. de F.

Cuando me enteré que Marcelo se drogaba sentí un profundo dolor en el corazón. Entonces comenzó a cambiar todo en casa.

Al principio pensamos que con hablarle o ponerle penitencias, como no salir, no ir a bailar, íbamos a lograr algo. Cuando nos dimos cuenta de que era imposible, comenzamos a recorrer lugares donde nos pudieran ayudar: centros de recuperación, tratamientos ambulatorios y otros. Pero no logramos nada.

La angustia y la impotencia se apoderaron de nosotros; cada vez era peor, ya se borraba de casa para que no lo viéramos por dos o tres días.

No dormíamos pensando qué sería de él. Teníamos mucho miedo, vivíamos angustiados, lo buscábamos por todos lados y cuando lo encontrábamos volvía a

casa. Entonces le cortábamos las salidas, se quedaba en casa y sólo salía con nosotros. Vivíamos muy mal, siempre persiguiéndolo, controlándolo.

Mi casa se había convertido en un infierno, era un desastre, estábamos cada vez peor, no teníamos paz. Discutíamos mucho, estábamos muy nerviosos. Yo creía que esa pesadilla nunca iba a terminar.

Así pasaron años, no puedo precisar cuántos, tres o cuatro, no sé. Fueron varios años de dolor y tristeza.

La última vez se fue de casa por cuarenta días. Estaba en casa de unos parientes, no quería volver porque allá nadie lo controlaba.

Yo estaba desesperada, vivía llorando: es mi único hijo. Fui a verlo, no aguanté más. Quería hablar con él, ofrecerle mi ayuda, pedirle que se pusiera en tratamiento. Sabía que estaba cada vez peor. Sufrí mucho por no tenerlo en casa y porque sabía que su problema era grave.

Después, un día, pudimos hablar con él. El padre le propuso que se pusiera en tratamiento, que nosotros lo íbamos a ayudar y a apoyar en todo. Aceptó, es más, creo que estaba esperando eso.

Al otro día fue él solo y consiguió una entrevista en Martínez, en la Fundación Manantiales, por medio de un muchacho que nos recomendó ese lugar.

Fuimos a cuatro entrevistas. Hoy Marcelo está internado en San Miguel, recuperándose, gracias a Dios. Y nosotros podemos dormir tranquilos. Ahora podemos y queremos vivir.

Nuestra vida cambió a partir de que él decidió recuperarse y deseamos lo mejor para él, que es lo que todos los padres desean para sus hijos. Y sobre todas las cosas deseo que en el futuro sea un hombre de bien, que forme su propia familia y pueda ser realmente feliz.

Eso es lo que deseo para mi hijo, que viva una vida sana y en libertad.

Delfina D. de P.

Hacía bastante que a Fernando lo notábamos “raro” y muy desmejorado, empezamos a llevarlo al médico y a hacerle análisis, sin ningún resultado.

Finalmente, cuando volvimos de vacaciones, él ya tenía alucinaciones y nos enteramos que consumía cocaína, porque él mismo se lo contó al padre. Estaba muy asustado y pidió ayuda porque quería “zafar”.

Para mí fue un fuertísimo golpe de dolor, impactante, porque pensaba que “eso” que aparecía todos los días en las noticias, sólo podía pasarle a los demás. A nosotros no, porque somos una familia bien constituida, trabajadora, y que le dimos a nuestros hijos, pienso, que lo mejor que estuvo a nuestro alcance.

Fernando siempre trabajó, salía con su novia en horarios vespertinos y las pocas veces que salía con sus ex-compañeros del secundario cumplía con los horarios que anunciaba.

Entonces, la familia, la casa, se paralizaron.

Después del primer sacudón sentí mucho miedo por los riesgos que corría mi hijo a causa de la gente y los lugares que frecuentaba, y tomé conciencia de que eso tan temido le estaba pasando a mi hijo.

Comenzamos a buscar información en distintas instituciones especializadas en el tema, privadas y estatales y a encomendarme a mi Ser Superior para que me diera fuerzas y me mostrara el camino a seguir para poder ayudar a Fernando de la mejor manera, sin cometer errores para no perjudicarlo más.

Comenzamos a peregrinar. Cada vez que Fernando no cumplía con las pautas o rechazaba los tratamientos era una desesperanza que se sumaba a mi profunda angustia y dolor.

Dolor, angustia, miedo, terror, mucho llanto, viendo que mi hijo no podía recuperarse solo de su adicción y que, de seguir así, no podría jamás realizarse como persona, viendo cómo la droga, de a poco, diariamente, aniquila al ser humano, y estaba destruyendo a uno de los seres humanos que yo más quiero: mi hijo.

Creo que Fernando no tocó fondo con la droga. Cuando nosotros, pese a sus reiteradas negativas y continuas discusiones nos decidimos en serio a seguir el tratamiento en la Fundación Manantiales, cuando nos mantuvimos firmes en la alternativa que le ofrecimos: tratamiento o que hiciera con su vida lo que quisiera, pero fuera de casa, sin la complicidad de la familia, él eligió irse de casa.

Fernando contaba con el apoyo de su novia que lo bancaba, lo mantenía y le pagaba la pensión. A nosotros nos tocó la difícil tarea de avisar a familiares, amigos y conocidos a quienes él podía recurrir, que Fernando estaba enfermo. No tuve vergüenza, pero sí un profundo dolor. Lloré mucho.

Fue así que, después de veintiún días de estar fuera de casa, Fernando tocó fondo a nivel de sus sentimientos y sus afectos y decidió aceptar la internación en Comunidad Terapéutica.

En ese momento comencé a ver la luz que estaba al final de un largo camino, por el que hoy acompañamos a nuestro hijo paso a paso, firmes, sin vacilaciones.

Sigo implorando todos los días para que las fuerzas no me abandonen, y que esa luz lo ilumine con toda la potencia necesaria para que él pueda seguir avanzando seguro por el largo y duro, pero hermosísimo, camino de la recuperación.

Estoy tomando el ritmo normal de las actividades. Hoy miro mi jardín y compruebo que algunas de mis plantas se secaron durante ese invierno triste, pero creo que la más hermosa está empezando a florecer nuevamente en esta primavera.

Muchas gracias a Fundación Manantiales y a cada uno de sus integrantes.

Raúl J.

Desde siempre Matías se movió entre mi agresividad y la sobreprotección de Liliana. Su vida se desarrolló entre enfermedades, operaciones (fueron siete), dificultades para hablar y expresarse.

Mi trabajo consistía en viajar por el país de lunes a viernes. Por todo esto pienso que Liliana soportó mucho más que yo todo el peso de estas dificultades, aún esta etapa de la droga.

Ya estábamos separados. Yo no vivía en mi casa. A pesar de mi actitud creo que me hubiera entendido mucho mejor con mis hijos si no hubieran existido tantas interferencias entre ellos y yo: Liliana, su madre, la madrina. Llegó un momento en que me sentí de más (esto es confidencial).

Cuando llegó la droga, me di cuenta de que era fundamental cambiar mis actitudes. La terapia me ayudó muchísimo. Desperté, vi que me había olvidado de abrazar a Matías, de decirle “te quiero”, de acompañarlo más, de hacerle ver que no todo lo hacía mal.

Siempre creí que podía arreglarse solo, que bastaba con que yo no robaba, no me drogaba, que alcanzaba con mi honestidad; un tipo como yo, que viví en la calle, que conocí los peligros de la calle.

¿Fui un cómodo, un inconsciente o un imbécil que metió la cabeza bajo la tierra? Más de una vez me faltó decir NO, convincente, argumentado. Me faltó plantarme.

Hoy siento que estamos saliendo de este infierno, que aún falta mucho, pero gracias a Dios y a ustedes soy otro tipo.

Raúl P.

Cómo me sentí:

Creo que es una cosa difícil de narrar, diría que me sentí desesperado, deprimido, con vergüenza, con sentido de culpabilidad, con ganas de morir, pues los sueños sobre mi hijo eran tales como tener un amigo, alguien con quien poder pasar buenos momentos, alguien de quien pudiera estar orgulloso, por ser una

persona trabajadora, estudiosa, por ser alguien que piensa en el futuro más que nada, sin descontar que debía divertirse a su edad, en fin, ¡tantas cosas...!

Pero pese a que este golpe en la vida no es el primero y mis fuerzas no son las mismas de antes, pude en esos terribles momentos pensar que era un chico no tan grande como yo lo veía y que necesitaba ayuda. Fue entonces cuando recurrí a Dios, para ofrecerle mi vida a cambio de su recuperación, como así también, junto a mi esposa, buscamos un Centro para que se efectuara la misma sin desmayar y me entregué totalmente al Programa de Tratamiento, pues solo y ante estas difíciles circunstancias no sabía qué era lo que debía hacer ni de qué forma debía tratarlo.

Cómo me siento:

Si bien no con una tranquilidad total, sí con fe, pues lo veo recuperándose física y mentalmente, entregado al tratamiento, más contento, más aplomado, lo veo "Creciendo" visita a visita. Por todo ello me siento más tranquilo, he dejado de tomar ansiolíticos, sólo me queda la ansiedad de saber que cuando cumpla con el tratamiento me voy a encontrar con mi hijo hecho un hombre. Gracias a la Fundación Manantiales.

Juan G.

Estábamos los dos solos y él me dijo que se sentía mal porque se drogaba. Me pidió ayuda.

Yo me sentí muy mal y no sabía qué hacer. Llamé a mi señora por teléfono, que estaba en la casa de mi hija, y le conté que Carlos se drogaba, que estaba pidiendo ayuda y que yo no sabía qué hacer.

Desde que fuimos a la Fundación Manantiales costó mucho para internarlo; fue muy triste, pero también estaba contento porque había encontrado la manera de ayudarlo a sanarse.

Hace catorce meses que estamos luchando y pidiéndole a Dios que nos acompañe y bendiga a mi hijo y a la Fundación.

Liliana F de J.

Recordar y poner en un papel el período en que descubrimos que Matías se drogaba, es un trabajo sumamente doloroso para mí, y muy duro de realizar. Sin embargo voy a intentar hacerlo.

La primera luz roja que tuvimos ocurrió al finalizar su ciclo primario y su viaje de egresados (año 1992). El profesor de Fútbol, amigo personal, y que quiere muchísimo a Matías, luego de volver del viaje de egresados al que concurrió como acompañante, nos llamó a Raúl y a mí y nos habló de lo preocupado que estaba por los cambios que veía en Matías, que estaba agresivo, retraído y muy triste, y que creía que si no hacíamos algo pronto, terminaría en la droga, si no lo estaba ya.

Me dio mucho miedo escuchar lo que me estaba diciendo, y al mismo tiempo impotencia. Yo sabía que Matías estaba cada vez peor, que lo que me decían era cierto, pero me resistía a creer que mi hijo terminara en eso.

Íntimamente pensaba que toda la responsabilidad era del padre, porque nunca se pudo acercar, siempre lo descalificó y fue muy agresivo con él. Ahora lo veo con claridad; si bien busqué ayuda terapéutica, no me ocupé de enfrentar el problema y acordar con el padre los pasos a seguir, sino que necesitaba demostrar que Matías estaba mal porque el padre había actuado mal.

Obviamente la terapia no sirvió y Matías siguió su camino de horror con algunos períodos en los que se lo veía mejor y otros en los que era un desastre.

Mis sentimientos corrían parejos con él, desesperación, dolor, bronca, de pronto una esperanza a la que me aferraba con fuerza para caer nuevamente en el dolor.

Matías fue dejando cada vez más pistas, hasta que fue imposible dejar de verlas. Era hora de que me pusiera de pie, abriera los ojos y me ocupara.

Hablé con el padre y juntos pedimos ayuda. Por amigos comunes llegamos a la Fundación Manantiales e inmediatamente gestionamos su tratamiento.

Estábamos muy firmes los dos, de tal manera que Matías no se opuso y comenzó su recuperación el 16 de enero de 1995 con la modalidad de Comunidad de día.

Yo me sentía más tranquila con mi hijo en tratamiento, pero seguía creyendo que él exageraba para llamar la atención y que si bien se había drogado, no había sido un gran consumidor. El tiempo y las terapias fueron desmintiendo esto y yo me fui hundiendo en un enorme sentimiento de culpa y al mismo tiempo me sentí defraudada. No estaba bien conmigo ni con él, y me daba la sensación de que todo lo que hacía la familia (padre, hermanos, yo) para acompañarlo, era falso.

Fue entonces que Matías recayó. Al regresar de una reunión de padres el 23 de marzo del 95, me encuentro con un Matías dado vuelta. Tuve ganas de pegarle. Fueron tantos los sentimientos que se me mezclaban, que soy incapaz de describirlos, pero esas 36 horas vividas con él fue lo más horrible que viví en mi vida. Una cosa es saber que tu hijo se droga, eso es duro, pero oírlo delirando, viendo visiones, diciendo y haciendo las cosas más incoherentes, es algo para lo

cual nunca se está preparado y menos cuando se piensa que está todo encaminado y uno se había confiado un poco.

Aun en ese momento tan duro, quise creer que alguien le había colocado pastillas en una Coca que él tomó sin saberlo. Me costó mucho ver y aceptar la realidad.

Se decidió la internación de Matías. Sabía que era lo mejor, pero fue un nuevo desgarro.

Las terapias comenzaron a ser cada vez más fuertes, el trabajo interno de cada uno es muy duro, pero el crecimiento comenzó a evidenciarse con el transcurrir del tiempo.

Hoy veo a Matías muy firme en su tratamiento, probándonos a veces y otras demostrando que es capaz de resolver problemas por sí mismo y que si bien nos escucha no va a dejar de resolverlos por él.

Puede relacionarse afectivamente con su padre y pedirle lo que necesita, y yo pude correrme y ver que la protección que yo le daba frente a las “agresiones del padre” fue nefasta y más nociva que las supuestas agresiones. Aprendí que padres e hijos encuentran una forma de relación distinta sin que por ello sea peor o mejor, sólo distinta.

Todo este crecimiento me alegra, y sé que debe continuar. Tengo muchos miedos todavía, pero también tengo la certeza de que estamos encaminados, firmes y dispuestos a seguir luchando por lograr una familia con los conflictos y dificultades que ello implica, pero con respeto y amor entre todos.

Familia G. (padre)

Por querer tanto, por dar tanto amor, mal dosificado, se hace tanto daño como por el no darlo.

No hay escuela para padres. Hoy pertenezco a un grupo de padres con hijos que tienen problemas con la droga. Hoy aprendo que el amor, del bueno, es con límites; con gotero es mejor que a paladas.

Que Dios nos ilumine a los padres y que podamos vencer a la droga. Un chico recuperado es una batalla ganada a la droga.

(Madre)

Al enterarme que mi hijo se drogaba, así, escuchar que te digan: “me drogo, quiero que me ayuden”, fue doloroso, porque se confirmaba algo que yo sentía que ocurría, pero no quería enterarme, porque no quería o no sabía cómo afrontar esto

tan doloroso, porque pensé que esa prueba Dios no me la iba a poner, porque yo tuve muchas pruebas, y en ese momento, al ver llorar a mi hijo, y luego a mi marido, me sentí tan mal, tan culpable, tan mierda, y que había hecho tan mal las cosas por querer hacer todo sola.

Recordé los sufrimientos, pero como una película, mis padres separados, yo con mi papá, trabajando de adionista a los diez años, haciendo trámites en los bancos, depositando dinero, administrando los gastos del restaurante porque mi papá tomaba y yo tenía que controlar. Eso es irreal.

A los nueve años tuve mi desarrollo. Era una nena vieja.

Entonces vi en la mirada de mi marido: “no puedo controlar esto, gorda, vos sí”, parecía que me decía. Y mi película continuó... cuando me casé a los 13 y fui mamá a los 14, a los 15 otra vez (cumplí mis 15 años en el hospital), perdí un bebé a los 17, parto horrible ochomesino, luego a los 21 perdí otro bebé de dos meses. Luego nació Vanina. Tuve que dejarla con un añito con el papá para ir a trabajar porque él no conseguía trabajo, luego a los 28 perdí otro bebé en el parto y sólo sabe Dios, toqué tanto fondo, que creí que allí me sentí al escuchar “Carlitos se droga” :

Toda la plata que faltaba se la llevaba él, y esa cara de cínico que tenía al negar, negar que él no era. Eso fue el “clic”.

“Clic” en mi cabeza. Corrí al médico, pedí ayuda pero ellos no saben aconsejar; fui al curandero, al mismo que concurría cuando mi marido tomaba. Buscaba magia, ayuda, y no sabía qué hacer; todos querían que yo solucionara y yo no sabía dónde encontrar esa fuerza.

Recurrí a Dios y con toda humildad, con el alma en pedazos, con los pies ampollados y en el precipicio (qué difícil se hace el camino cuesta arriba), pedí: “si tuve fuerza hasta ahora, que la siga teniendo”. Y Él me iluminó. Me sacó ese estresazo y recurrí al número de teléfono que había visto en el programa “Causa Común”.

Fui a la Fundación Manantiales con la mente fresquita, con el cuerpo tembloroso por la ignorancia y al escuchar al terapeuta y ver esa tranquilidad que transmitía, me dije: “este será el lugar y no permitiré que nadie me desvíe”.

Escuchar a la coordinadora del grupo de padres fue lo más hermoso y dramático que escuché en mi vida. En ese momento me di cuenta de que yo hacía casi de hermana de Carlos, no de mamá.

Dios y la Fundación y todo lo aprendido lo adapté a mi vida.

Volví a casa para ir a la cita con el terapeuta, pero Carlos no quería internarse. Entonces lo levanté, lo arrastré por el pasillo y lo dejé afuera junto a su ropa. Me decían, “pobrecito”. ¡Pobrecito, las pelotas! ¡Pobrecitos nosotros que estamos alimentando al hijo de la droga!.

Y así estuve como quince días, luego se internó. Y yo estaba muy triste, pero en el fondo también me sentía culpable, porque, como mujer sentía pena por una hija, lejana a mí en ese momento, que estaba sufriendo su propio dolor porque había perdido su embarazo de ocho meses, por Vanina, que estaba siguiendo todos estos problemas y también tratando de llamar la atención, mostrando su cuarto desarreglado, contestando mal. Entonces me dije: ¡Ah no, o maduro para todos por igual o me vuelvo loca! ¡Límites para todo el mundo, el que quiere ayudar que ayude o si no que se alejen!

Y así fue, y aquí estoy dejando a mis hijos vivir sus vidas, ayudando a Carlos sin dolor de mi parte y dando responsabilidades a Vanina en mi negocio.

Me enfermé y en esto Dios también me ayudó, porque mi enfermedad me hizo ver las cosas desde afuera. Me di cuenta de que tenía que luchar por mí, porque nadie pasaría el resto de su vida a mi lado si yo me quedaba paralítica.

Y aquí estoy, agradecida a la Fundación Manantiales, a esta Escuela de Padres, y pidiendo a Dios que ilumine al equipo terapéutico y a los padres que me ayudan a crecer día a día y a sanar a mi familia enferma.

Hoy estamos resurgiendo de las cenizas, como el Ave Fénix.

Silvia X.

Me piden que cuente qué sentí desde aquel día en que supe que la droga se metió en mi casa, y digo se metió porque si bien los que se drogaban eran mis hijos, nos contaminó a todos. Fue como un huracán que arrasó con lo que hasta ese momento era mi familia.

Éramos una familia como todas, con nuestros errores y virtudes, pero siempre mi marido y yo pensamos en lo mejor para mis hijos. Ahora, después de un año y medio de reuniones y terapias me doy cuenta de lo equivocados que estábamos. Siempre tratamos de sobrellevar situaciones y procurando que nuestros hijos supieran lo menos posible.

Tratar de recordar todas las situaciones que vivimos sería muy repetitivo, ya que todas las familias, en menor o en mayor escala, han pasado por lo mismo; lo que sí sé es que el sufrimiento que padecemos fue cruel y terrible.

Hoy, desde lo más profundo de mis tristezas, veo a uno de mis hijos crecer, y crecer con todo lo que la palabra significa. Y es una cosa rara de explicar, el porqué de, si mi hijo está bien, lleva un tratamiento adelante, porqué esta desazón. No puedo superar mi dolor, de tener un hijo preso.

Por eso quiero que sepan que, desde lo más profundo de mi corazón, les agradezco a todos lo que hacen por mí, por sus palabras, por su aliento y cariño. Y

todo lo que han hecho por Diego, porque sé que es querido. Y especialmente a Graciela, de la Fundación Manantiales que a pesar de que tantas veces me ha retado, me enseñó a ser mujer y madre responsable.

N. N.

¿Qué me pasó cuando supe que mi hijo se drogaba? Bueno, en este momento lo primero que pienso es en el presente. Mi hijo terminó la primera etapa de un tratamiento que fue duro y sacrificado, tanto para él como para el resto de la familia.

Hoy por hoy lo bueno es verlo a él cambiado, responsable, afectuoso, comunicativo, y por sobre todo, lo veo feliz. Y eso para mí es mucho, porque cada vez que me acuerdo de un año atrás me parece imposible volver a ver a mi hijo normal, o sea que pudiera dejar la droga.

Fueron momentos muy difíciles para todos, sobre todo para nosotros que estábamos conscientes. Él, desgraciadamente, no entendía nada; para mi hijo lo único que existía era la droga. No había padres, hermanos, nada.

Yo, en particular, pasé días muy malos desde que tomé conciencia de la realidad, que me di cuenta que mi hijo se estaba matando; entonces uno se desespera y esa misma desesperación lo bloquea y no puede pensar bien qué hacer. Y más cuando uno no conoce contra qué se debe luchar. Sentía bronca porque pensaba ¿por qué a mí con todos los problemas que tengo encima? Sentía impotencia por no saber qué hacer, tristeza porque veía cómo mi hijo se moría; cruzarlo por la calle y que no me conociera; con 2º de temperatura y él en short y musculosa. Fue triste.

Recuerdo días que estaba trabajando con el taxi y tenía que parar el coche porque las lágrimas no me dejaban ver. Y me ponía a pensar por qué habíamos llegado a esto, y había cien razones que fui despejando a medida que avancé en el tratamiento, porque nosotros también hicimos un tratamiento en el cual aprendimos muchas cosas, cómo comunicarnos con nuestro hijo, a tomarnos nuestros tiempos, a poner límites para hacerles saber a ellos que nosotros somos los padres, a no mentirles situaciones para que ellos no se sintieran mal. Y sobre todo a darles ese amor responsable que tantas veces había escuchado decir. Y fui aprendiendo de a poco.

Bueno, creo que estas palabras sintetizan una larga historia que me toca vivir. Me hubiese gustado haberlo sacado de una película, pero es mi vida.

Hoy por hoy no soy feliz, pero estoy mucho más tranquilo, puedo afrontar situaciones que antes me eran imposibles

Y no sé si estoy equivocado, pero es mi forma de pensar: mis hijos son parte mía; después de 26 años de casado es lo único de valor que me dio la vida. Y esto lo quiero aclarar, que estoy hablando de mis hijos, porque para hablar de mi señora tendrían que pasar muchas reuniones para terminar de leer.

Los “amo” y me dan fuerza para seguir luchando, para sentirme vivo y para saber que el camino es largo, pero que se puede.

No soy un superdotado, no pude ir a muchas reuniones, pero con las pocas veces que fui aprendí mucho y estoy muy agradecido a todos, porque de todos aprendí algo.

Sobre la Fundación Manantiales nunca sé qué decir, porque no sé qué palabras usar para alguien o algo que le salvó la vida a mi hijo y, por lógica, a mí.