

▪ ESTELA MÓNICA CUATROCCHI ▪

La adicción a las drogas

Su recuperación
en comunidad terapéutica

ESPACIO
EDITORIAL

La adicción a las drogas

Su recuperación
en comunidad terapéutica

Colección CIENCIAS SOCIALES NOVEDADES

Trabajadores sociales en la historia.

Una perspectiva transformadora

Carina Berta Moljo

Reconstruyendo lo social.

Prácticas y experiencias de investigación desde el Trabajo Social

Nora Aquín (coordinador)

Salud y planificación social.

¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?

Víctor Mario Estrada Ospina

La profesionalización en Trabajo Social.

Rupturas y continuidades, de la Reconceptualización

a la construcción de proyectos ético-políticos

Foro debate. Margarita Rozas Pagaza (coordinadora)

La formación profesional y la intervención profesional.

Hacia la construcción de proyectos ético-políticos en Trabajo Social

Encuentro Latinoamericano de Trabajo Social. UNLP

Acerca de la democracia y los derechos sociales

Nilsa M. Burgos Ortiz (coordinadora)

Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder.

Un análisis para y desde el Trabajo Social

Cecilia Aguayo

Familia y geriátricos.

La relatividad del abandono

María Cristina de los Reyes

Hilos y nudos.

La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social

Susana Cazzaniga

Historia del Trabajo Social en Argentina (5ta. edición)

Norberto Alayón

Abuso sexual, victimología y sociedad

Amelia Dell'Anno • Silvia Ercilia Galán (compiladoras)

Condiciones de trabajo de los trabajadores sociales

Fiorella Cademartori • Julia Campos • Tamara Seiffer

La adicción a las drogas.

Su recuperación en comunidad terapéutica

Estela Mónica Cuatrocchi

La adicción a las drogas

Su recuperación en
comunidad terapéutica

Estela Mónica Cuatrocchi



Cuatrocchi, Estela Mónica

La adicción a las drogas : su recuperación en comunidad
terapéutica. - 1a ed. - Buenos Aires : Espacio Editorial, 2007.
160 p. ; 20x14 cm. - (Ciencias sociales)

ISBN 978-950-802-274-5

1. Drogas. 2. Toxicomanía. I. Título
CDD 362.29

ESPACIO EDITORIAL

Simón Bolívar 547, 3° p. Of. 1

(C 1066 AAK) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel.: (011) 4331-1945

E-mail: espacioedit@ciudad.com.ar

www.espacioeditorial.com.ar

Corrección: Ernesto Gutiérrez

Diseño de Tapa: DONAGH | MATULICH

Diseño Interior: DONAGH | MATULICH

Coordinación y Producción Editorial: Osvaldo Dubini

La reproducción total o parcial de este libro, en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, escrita a máquina, por el sistema “multigraph”, mimeógrafo, impreso por fotocopia, fotoduplicación, etc., no autorizada por los editores, viola derechos reservados. Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

1ª edición, 2007

Impreso en la Argentina - Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© 2007 Espacio Editorial

ISBN: 978-950-802-274-5

Agradecimientos

A Santiago Varela,
a la licenciada Laura C. de Abramovici
y a Ayelén Fraiz, por sus aportes
y disponibilidad para discutir
ideas y conceptos.

A los pacientes de Casa Púrpura.

Introducción

Este trabajo es resultado de los interrogantes, cuestionamientos y reflexiones que me he planteado a partir de la experiencia de varios años de trabajo en el área de las adicciones a drogas. Ha nacido como consecuencia de la indagación sobre esta compleja problemática y su terapéutica, partiendo de la experiencia realizada con jóvenes drogadictos en tratamiento de recuperación bajo la modalidad de comunidad terapéutica, en la ciudad de Buenos Aires.

Lo primero que surge al pensar sobre el consumo y abuso de drogas, es que no es posible abordar el tema sin tener en cuenta el contexto histórico. Por ello, en una primera parte, he tratado de ubicar el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en la particular situación actual de capitalismo globalizado, haciendo también una breve referencia al uso que se ha hecho de las drogas a lo largo de la historia. Ante la realidad que observamos, en la cual las estadísticas muestran un aumento y extensión en el consumo de sustancias, cabe preguntarse por qué fracasan las políticas que reprimen el tráfico de drogas y también es pertinente interrogarse acerca de la real intención de eliminar este comercio.

He intentado enmarcar esta problemática en el contexto específico de la Argentina, con sus crisis recurrentes, y donde el agravamiento de la situación económica y social que fue consecuencia de las políticas aplicadas en la década del noventa,

con la desarticulación del Estado y la pauperización de amplios sectores de la población, trajo aparejada la masificación y diversificación del consumo de sustancias psicoactivas a un nivel muy superior al que habíamos conocido hasta esa época.

Las vicisitudes y convulsiones sufridas en la Argentina en las últimas décadas del siglo XX, y el progresivo deterioro de la situación política y social del país que se desplomó en caída libre en los primeros años de este siglo, han generado, además de la extensión del fenómeno de la drogadicción y el narcotráfico, un agravamiento de los cuadros psicopatológicos que afectan particularmente a las generaciones más jóvenes, que hacen necesario pensar sobre la situación y las respuestas posibles frente a las demandas que la misma plantea, tanto en la asistencia como en la prevención.

En los capítulos dedicados a desarrollar el trabajo que se realiza con los pacientes adictos en la comunidad terapéutica, se describen los objetivos y las distintas actividades que se llevan a cabo con el fin de alcanzar estos objetivos propuestos para la recuperación. En el amplio espectro de las comunidades terapéuticas, mi experiencia en particular se ha desarrollado en las que utilizan como modalidad de abordaje la intervención de un equipo interdisciplinario con un enfoque sustentado en la psicología dinámica. Este equipo interdisciplinario está formado por diferentes profesionales, y contempla la intervención de un staff básico de médico psiquiatra, trabajadores sociales, psicólogos, terapeuta ocupacional, psicopedagoga, operadores socioterapéuticos, acompañantes terapéuticos, etc., que trabajan conjuntamente con el objetivo de abordar la problemática en todos sus aspectos.

Este trabajo no pretende ser un producto acabado sino una contribución a un debate que debe extenderse y profundizarse comprometiendo a toda la sociedad, sobre una problemática compleja y sumamente dinámica como es la producción, el comercio y el consumo de drogas.

Al abordar el tema de las adicciones a drogas y su tratamiento, desde la reflexión motivada por la práctica del Trabajo Social en la modalidad de comunidad terapéutica, no he pretendido que estos enfoques y procedimientos de trabajo sean los únicos posibles ni válidos por siempre, sino un aporte más ante una conflictiva que por su gravedad requiere ser continuamente revisada, instrumentando diferentes estrategias y métodos de abordaje, de acuerdo al contexto social en que estamos desarrollando nuestra práctica profesional y las particularidades que van apareciendo.

Capítulo I

El consumo de drogas en nuestra sociedad

La situación, hoy

Las adicciones a drogas son un tema central en los titulares de los diarios y en la preocupación de padres, educadores, agentes sanitarios y profesionales relacionados con el bienestar social, por la gran diversidad de consecuencias tanto individuales como sociales que se desprenden de las mismas. Estas consecuencias y el costo social que se paga por ellas son tanto directos como indirectos y van desde los daños en la salud física y psíquica que sufre el adicto, tales como trastornos en la atención y el aprendizaje, alteraciones en la conducta con un incremento de la agresividad, agravamiento de la conflictiva familiar, riesgo de sobredosis, enfermedades cardíacas, SIDA, etc.; hasta los accidentes de trabajo y tránsito que se producen en estado de ebriedad o con la percepción alterada por el consumo de sustancias psicoactivas.

Las sustancias que alteran el funcionamiento psíquico —tal el significado de drogas psicoactivas— y su consumo, han pasado a formar parte de nuestra cotidianeidad, y la referencia a este consumo es tan habitual que casi pasa desapercibido; veamos un ejemplo a través de la música popular.

*“Voy a salir a caminar solito,
sentarme en un parque a fumar un porrito
y mirar a las palomas comer ...”*

(“Loco”, Andrés Calamaro)

*“Yo quiero tomar vitamina,
yo quiero tomar vitamina,
me compro una bolsa y estoy pila, pila ...”*

(“Quiero vitamina”, Damas Gratis)

Estos fragmentos corresponden a dos canciones de difusión masiva, que aunque son dirigidas a segmentos socioeconómicamente diferentes de la población juvenil, transmiten el mismo mensaje.

Podemos observar que el uso de drogas, en un alarde de mensajes contradictorios, está socialmente tolerado y hasta estimulado, si consideramos dentro de esa categoría al tabaco, el alcohol, la marihuana, los psicofármacos y los diversos estimulantes de consumo habitual en las discotecas. Esto es fácil de comprobar en las publicidades, notas, o las diversas referencias con valoración positiva más o menos encubierta que se difunden por los distintos medios de comunicación, a través de películas, programas de televisión, canciones, etc.

Estos mismos medios de alcance masivo comienzan a plantearse reservas cuando el consumo se convierte en adicción, y el usuario cruza la frontera de las conductas antisociales, momento a partir del cual la sociedad empieza a percibirlo como potencialmente peligroso y, por lo tanto, lo que hasta allí había sido considerado una simpática transgresión se convierte en una potencial amenaza. Hay un convencimiento de que el adicto, sobre todo si pertenece a los sectores más pobres de la sociedad, es capaz de hacer cualquier cosa para conseguir su droga: mendigar, prostituirse, robar, etc. En estos casos se lo estigmatiza como borracho o drogadicto violento, capaz de transformarse en la-

drón y/o asesino, en contraposición con el alegre y divertido ebrio social, el inspirado usuario de marihuana, o el eficiente y acelerado consumidor de cocaína o anfetaminas. Es así que los medios masivos de comunicación, en especial la televisión, habituados a un manejo demagógico y oportunista de la información, presentan como algo divertido y casi digno de imitar, el consumo de drogas y/o alcohol que puede hacer un músico o algún otro “famoso”, mientras que lo presentan como algo peligroso para la sociedad si el consumidor es una persona pobre.

Habría una idea predominante según la cual las sustancias en sí mismas son neutras, ni buenas ni malas, como así también sería neutro y sin consecuencias sobre el organismo, pero placentero, el efecto que produce su consumo, aunque como resultado del mismo haya una alteración de la percepción y/o el juicio; de acuerdo a este razonamiento, sólo son malos los medios a los que se recurre para conseguirlas o los excesos en el consumo, no la utilización en sí.

Encontramos en los medios de comunicación un discurso avalado por distintas personalidades pertenecientes a diferentes ámbitos de la cultura, favorable al consumo de las drogas llamadas blandas, como la marihuana¹, que sin duda continúa siendo la droga de iniciación por excelencia. En estos casos, cuando se habla abierta o solapadamente a favor de su consumo no se hacen explícitos los intereses económicos que podrían beneficiarse con esa postura; o a partir de qué ideas ha sido seducido quien sostiene ese discurso y a su vez lo difunde acríti-

1. Se califica a la marihuana como una droga blanda, en oposición a las llamadas drogas duras como la cocaína o la heroína, porque su efecto es menos inmediato e intenso y menor su capacidad para generar adicción. Sin embargo, la marihuana es altamente tóxica, produce tolerancia, dependencia y síntomas de abstinencia, según ha sido comprobado por numerosas investigaciones. También se ha comprobado clínicamente que las personas con trastornos fronterizos de la personalidad se descompensan y evolucionan hacia procesos psicóticos crónicos como consecuencia del abuso de marihuana.

camente; pero la simple observación nos muestra que hay una mirada complaciente hacia el consumo de sustancias psicoactivas, y no es descabellado pensar que hay quienes están interesados en esta difusión y se benefician con ella.

En esta sociedad capitalista globalizada el uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, cumple varias funciones, pero ninguna de estas funciones tiene relación con la creatividad y espiritualidad, aunque con ese argumento se justifique su consumo.

Este discurso complaciente suele utilizar como argumento fundamental el conocimiento que se tiene sobre el uso que los hombres han hecho, desde los más lejanos tiempos de la antigüedad, de distintas sustancias, fundamentalmente alucinógenas, como medio para trascender su realidad. Esta necesidad de vivenciar experiencias espirituales, generalmente de índole religiosa, o en tiempos más recientes la utilización de estas sustancias consideradas inspiradoras, por parte de personalidades que se han destacado en la creación artística, han sido el sustento de esta línea argumental favorable al uso frecuente y socialmente aceptado de sustancias psicoactivas que generan adicción. Se encaran así campañas con el objetivo de favorecer la venta libre de las drogas “blandas”, consideradas inocuas, o ya en casos extremos, de todas, sin distinciones, tal como supuestamente sucedería en algunos países europeos, que en forma bastante superficial se citan habitualmente como ejemplos de esta cultura permisiva².

2. En distintos países se ha discutido y se continúa discutiendo una legislación adecuada para regular el consumo de drogas; veamos algunos ejemplos. En Holanda, en 1976 se legalizó la venta de marihuana en lugares habilitados por el gobierno (“coffee shops”); allí se pueden comprar hasta 5 gramos del producto, por persona. En Bélgica se autoriza la tenencia personal de hasta 3 gramos de marihuana. En Suiza se ha despenalizado el consumo público sólo de marihuana. En Estados Unidos, en algunos estados se había autorizado el uso de la marihuana con fines medicinales, luego se prohibió, y ahora la cuestión se encuentra nuevamente en debate.

Al respecto, es necesario aclarar que libre comercio no es lo mismo que despenalización del consumo, que es otra categoría legal que también se debate actualmente. Con la despenalización del consumo, el adicto dejaría de ser considerado como un delincuente para otorgarle el status de enfermo que realmente debe tener; pero no se habilitaría con este cambio la venta libre de drogas.

Este discurso permisivo hacia el consumo de drogas ilegales y francamente promotor del consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco, se difunde ampliamente a través de la publicidad comercial; baste como ejemplo de ello las millonarias inversiones en publicidad que realizan las empresas fabricantes de cerveza para poner sus marcas en las camisetas de los equipos de fútbol, o las marcas de cigarrillos que se publicitan como “sponsors” de actividades deportivas; como si fuera posible ser alcohólico o fumador, y a la vez desempeñarse exitosamente como atleta, jugador de fútbol o corredor de Fórmula Uno. Sin embargo, para los espectadores la marca y el deporte quedan ligados, a pesar de que es sabido por todos que una persona que fuma tiene disminuida su capacidad respiratoria y su rendimiento físico, y lo mismo puede decirse de quien consume alcohol en forma habitual. Estas campañas masivas de publicidad, cuyo objetivo inmediato es aumentar las ventas (el consumo de cerveza en nuestro país se incrementó un 400% en los últimos 20 años), ejercen también su influencia sobre el conjunto de la sociedad, aumentando la tolerancia social hacia las conductas adictivas.

¿Qué queremos decir con esto? Se llama tolerancia a la capacidad que tiene un organismo, en este caso la sociedad, de adaptarse a un estímulo y no reaccionar con señales de alarma; sucede en consecuencia que, con el transcurso del tiempo y la persistencia del estímulo, se hace necesario aumentar su magnitud para obtener una reacción.

Un paciente de 18 años, internado para hacer tratamiento por su adicción a los pegamentos, derivado a la comunidad terapéutica desde un hospital psiquiátrico de agudos, a donde

había sido internado inicialmente con un cuadro de descompensación psicótica, contaba que en muchas ocasiones se drogaba en espacios públicos, frente a agentes de la policía que estaban haciendo tareas de vigilancia y que nunca lo detuvieron; sólo en una ocasión uno le preguntó “por qué lo hacía”, y ante su falta de respuesta, se fue y lo dejó drogándose. Este adolescente, proveniente de una villa miseria de la ciudad de Buenos Aires, ya no sabía qué debía hacer para llamar la atención y que algún adulto interviniera, ayudándolo a salir del sufrimiento en que estaba sumergido; pero vive en un medio en que se considera “normal” que un joven se drogue inhalando pegamento, y hasta que no tuvo un brote psicótico nadie intervino para ayudarlo a salir de la situación en que se encontraba.

La situación en que se combinan una sociedad con profundas desigualdades económicas, la ausencia de una efectiva represión del tráfico ilegal de drogas, las millonarias campañas a favor del consumo de alcohol, la ausencia de prevención del consumo y la insuficiente atención de los enfermos adictos, ha logrado que la República Argentina encabece la lista de los países con mayor consumo de cocaína.

El consumo habitual y la adicción a distintas drogas han tomado dimensiones de cuasi epidemia en las clases sociales más bajas de las ciudades de nuestro continente, alcanzando a cada vez más cantidad de jóvenes a edades más tempranas. Como toda situación social tan extendida y compleja, responde a una multiplicidad de causas culturales, sociales, policiales, jurídicas, es decir políticas, e individuales.

Según las investigaciones realizadas durante los años 2003 y 2004, por la Secretaría de Programación para la Prevención y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) y el INDEC, el 9% de los argentinos de entre 16 y 65 años consideran que la marihuana es “nada o poco peligrosa”. Esta tolerancia social aumenta aún más cuando se refiere al consumo de alcohol. La misma encuesta nos informa que los niños se inician entre los 11 y 14

años en el consumo de tabaco, cerveza y vino; y entre los 12 y los 15 años en el consumo de bebidas destiladas; pero más grave aun es que si focalizamos en los sectores más pobres de la sociedad estas edades bajan hasta los 9 o 10 años.

No es necesario remarcar la gravedad de estos consumos para la salud de quienes aún son niños, y cuán negativamente afectados se verán estos organismos que no han llegado a su madurez. Según un estudio publicado en junio del 2006, en Estados Unidos el 47% de quienes comenzaron a beber en forma abusiva antes de los 14 años se volvieron dependientes en algún momento de sus vidas, y presentaban daños en la actividad cerebral que afectan la memoria, el aprendizaje y el comportamiento, mayores a los que se suponían³. Sabemos que a estas edades los chicos no actúan de esta forma sólo por su propia decisión, sino que son inducidos y hasta estimulados por el medio que los rodea, de allí que es fundamental la actitud que asuman ante estas cuestiones el medio social en general y el familiar en particular.

En el ámbito de la sociedad, de acuerdo al nivel de tolerancia social que la misma haya alcanzado será el grado de alarma que se genere. En consecuencia, sucede que estamos tan acostumbrados a ver grupos de adolescentes tomando alcohol en la calle, sentados en el cordón de la vereda o parados en un kiosco, que ya no producen inquietud: son parte del paisaje urbano; de la misma manera, nos hemos habituado tanto a ver niños inhalando pegamento en las plazas o a la noche en las escaleras de los subterráneos, que parece casi natural. También hemos aceptado que los adolescentes de 13, 14 o 15 años se emborrachen en las fiestas, o con unos años más en los viajes de egresados, o también y habitualmente, en las discotecas. Sabido es que en las *raves*, los

3. Diario *Clarín*, Buenos Aires, julio de 2006.

pubs, las discotecas y distintos centros nocturnos, circulan con absoluta libertad distintas drogas (eso sí: más costosas), para que a los jóvenes se les facilite el descontrol que ellos asimilan a la diversión, y encontramos la venta libre de sustancias legales como el alcohol y las bebidas energizantes, y de ilegales como el éxtasis, la cocaína, etc., cuyos vendedores ya forman parte del decorado de estos negocios.

De la mano del consumo de sustancias psicoactivas va la violencia, y también nos estamos acostumbrando que a la salida de los centros de diversión nocturnos se produzcan peleas entre los jóvenes, que no en pocos casos terminan con la muerte de alguno. Es sabido que las peleas entre borrachos pueden desencadenarse por cualquier cuestión intrascendente; debemos saber, además, que el consumo de cocaína también genera violencia, porque aumenta los sentimientos paranoicos, y sintiéndose perseguido es fácil responder con violencia ante lo que se percibe como una provocación.

Es absolutamente cierto que no todos los jóvenes que consumen drogas en situaciones sociales se convertirán en drogadictos, pero indudablemente todos los drogadictos comenzaron de esta forma.

Llegado a este punto se hace necesario aclarar los conceptos de uso, abuso y adicción, que si bien no se pueden encasillar rígidamente, se refieren a situaciones diferentes.

Entendemos por uso, el consumo esporádico, sólo circunstancial, de una sustancia, con la intención de probarla o utilizarla en algunas ocasiones particulares. Sucede, sin embargo, que el usuario de drogas siempre está seguro de que se va a mantener en este nivel, y que podrá dejar de consumir cuando lo decida; es así que en los grupos de jóvenes suele ser muy valorado, tomándose como un criterio de masculinidad y bravura, usar drogas “cuando quiera, como quiera y hasta que quiera”.

El abuso implica el uso frecuente de la droga en cuestión, motivado por la sensación de bienestar que el consumidor obtiene,

asociado muchas veces a la necesidad de superar situaciones que por sí misma esa persona siente que no puede enfrentar o resolver (por ejemplo, encuentros sociales o sexuales, exámenes, problemas laborales, etc.). El consumo cada vez más frecuente puede ir llevando paulatinamente a un aumento de la dosis. Encontramos en este comportamiento una dependencia psicológica, ya que el sujeto, para enfrentar situaciones difíciles que siente como una gran exigencia, necesita del auxilio de una sustancia que actúa como una prótesis, proveyéndolo de lo que carece.

La adicción se refiere al uso casi continuo, y sobre todo compulsivo, de una o varias sustancias, creándose una dependencia emocional del consumo, ya que el sujeto lo necesita para sentirse bien; si no está drogado se siente ansioso, irritable o angustiado, y esto le resulta intolerable. El adicto tiene etapas en que toda su vida gira alrededor del consumo, no hay otro interés social o afectivo, sólo estar drogado. Tanto su salud psíquica como física están seriamente comprometidas; y se expone a serios riesgos tanto a sí mismo como a los demás, sin conciencia de ello.

La dependencia puede ser psíquica, física, o de ambos tipos a la vez. La dependencia psíquica se refiere a la necesidad emocional de consumir una sustancia para sentirse bien, y para evitar los sentimientos de ansiedad, inquietud, insomnio, etc., pero sin que haya compromiso orgánico. La dependencia física se refiere a una modificación del organismo, que ha producido un cambio en la fisiología de la célula nerviosa que ha incorporado la sustancia a su metabolismo, y ante la falta de la misma genera una reacción sumamente desagradable, que se ha dado en llamar síndrome de abstinencia, con síntomas tales como ansiedad, temblor, vómitos, sudoración, convulsiones, etc.; y que se calma cuando se consume la sustancia en cuestión y la célula la incorpora. Este estado de dependencia física hace necesario un tratamiento de desintoxicación con la suspensión paulatina de la ingesta de la droga, o su reemplazo por otra más inocua, para evitar el síndrome de abstinencia, que en algunos casos

puede generar graves consecuencias en la salud del paciente. Hay drogas que tienen una altísima capacidad para generar adicción física, como son el alcohol, los barbitúricos, la pasta base, el opio y sus derivados —particularmente la heroína—, etc.

El uso y abuso de drogas, que hace unas décadas eran un problema grave en las sociedades desarrolladas, ahora se han extendido a todo el mundo, trascendiendo las fronteras. En general, los organismos estatales encargados de detectar y evitar el tráfico de drogas parecerían ser los últimos en conocer las modificaciones que se producen en ese comercio, y se dan por enterados cuando ya el consumo está abiertamente extendido. Leemos en el diario *El Mercurio* de Santiago de Chile (junio de 2004): “...El desconocimiento de esta droga (se refiere al éxtasis) en Chile es tan grande que son los vendedores y consumidores los que más informados parecen estar del tema, de su real penetración, de sus efectos... Tampoco parece haber concordancia entre lo que piensan la policía y quienes investigan los casos de tráfico. Mientras en Carabineros aseguran que se trata de tráfico personal y no de bandas, el fiscal de Villarrica señaló que (...) intentarían descubrir una red de tráfico en la región”.

Es indudable que en el área de la economía, la producción y el tráfico de drogas son un negocio varias veces millonario, de los más grandes del mundo junto con el petróleo, la producción de armamento y la industria farmacéutica, con las cuales también está relacionado. Es un negocio ilegal para los traficantes de sustancias prohibidas (según una estimación reciente de las Naciones Unidas, el narcotráfico mueve negocios por unos 320.000 millones de dólares anuales), y legal para los laboratorios de productos medicinales que fabrican psicofármacos, para los fabricantes de bebidas alcohólicas y también para los que producen cigarrillos. Es también un negocio legal para las actividades conexas, como son los bancos e industrias varias que se ocupan de lavar los narcodólares; para las agencias publicitarias que hacen las campañas de las bebidas alcohólicas,

de tabaco, etc., y así podríamos seguir agregando sectores empresarios que se benefician legal e ilegalmente con las enormes ganancias producidas por este negocio.

Siendo tan grandes las cifras de dinero que se manejan, también es enorme la corrupción que se genera, ya que se dispone de muchísimos fondos para “comprar” a quien sea necesario: jueces, policías, políticos, profesionales, empresarios, etc., y también asesinos a sueldo para cuando la incentivación del dinero no es suficiente.

En el plano político, hay en todo el mundo millones de jóvenes que, totalmente ciegos a lo que no sea su realidad inmediata del placer obtenido a través de la evasión y la ilusión que les provee el uso de sustancias, no hacen planteos ni tienen exigencias que cuestionen el *statu quo*. Teniendo en cuenta que en todo el mundo la mayor proporción de los jóvenes que quedan atrapados en la adicción a drogas y/o alcohol pertenecen a los sectores más pobres de la sociedad, el beneficio que de esta situación obtienen las clases dominantes es considerablemente importante. Es sabido que es menos amenazante para el sistema un joven que sólo desea permanecer drogado (anestesiado) la mayor parte del tiempo, que uno que cuestiona y aspira a cambiar la sociedad, pudiendo eventualmente convertirse en un líder político; si bien un drogadicto es muy habitualmente un sujeto violento, por ser su personalidad muy impulsiva —característica ésta que suele ser potenciada por la droga—, en general despliega la violencia entre sus pares, y es muy improbable que intente agredir a alguien por razones políticas o ideológicas.

Este efecto que la drogadicción tiene de impotenzar a las personas porque va deteriorando su capacidad de reflexión y de comprometerse afectivamente, está siendo evaluado por los intelectuales del sistema para ir considerando la viabilidad de legalizar el negocio; en esta línea de pensamiento podemos citar como ejemplo el planteo de Gary Becker, norteamericano, premio Nobel de Economía de 1992, quien en un *paper* titulado

“La teoría económica de los bienes ilegales: el caso de las drogas”, afirma: “...combatir las drogas legalizándolas y fijando un alto impuesto a su consumo es más eficiente que continuar prohibiendo su uso” (diario *Clarín*, Bs. As., febrero de 2005). Es tan claro, que nos exime de cualquier comentario.

Hace alrededor de 20 años, en Estados Unidos iniciaron una campaña en contra del tabaquismo, impulsada por la necesidad de reducir el ausentismo laboral y los enormes gastos en salud que se generan por la atención de las graves patologías (cáncer de faringe, de pulmón y cardiopatías) que el prolongado e intensivo consumo de cigarrillos produce en los fumadores. Como consecuencia de esta millonaria, persistente, coherente y prolongada campaña en contra del tabaquismo, que posteriormente se ha extendido a otros países por la influencia cultural de los Estados Unidos, se ha logrado que en gran cantidad de lugares esté totalmente prohibido fumar, a punto tal que se promueve la categoría de “edificios libres de humo”. El fumador es percibido como alguien que debe ser controlado, habiéndose logrado de esta forma que, efectivamente, en muchos países haya disminuido notablemente el consumo de tabaco. Este ejemplo pone en evidencia que cuando la motivación es lo suficientemente poderosa y hay voluntad política, los Estados no dudan en gastar sumas millonarias durante largo tiempo para alcanzar el objetivo propuesto, porque se entiende que el beneficio económico a largo plazo es superior al gasto realizado. No parece ser este el camino elegido por los gobiernos en las cuestiones relacionadas con el consumo de drogas y el narcotráfico.

Ante el aumento de la pobreza y la marginalidad, en las grandes ciudades se produce un incremento de la delincuencia y la violencia callejera, simultáneamente con el consumo de sustancias psicoactivas; violencia que es ampliada y manipulada por los medios de comunicación, con el propósito inmediato de aumentar los niveles de audiencia, pero que en un

segundo momento produce como resultado un creciente reclamo de mayores medidas represivas. Con las explicaciones simplistas, ahistóricas, superficiales y maniqueas que acosumbran a encontrar los medios masivos de comunicación para los temas que preocupan a la sociedad, se logra formar dos bandos, uno que agrupa a los que serían partidarios de mayor dureza policial y otro formado por los que insisten en reclamar soluciones para las causas que provocan la delincuencia, y son presentados como partidarios del *laissez faire* o “defensores de los derechos humanos de los delincuentes en detrimento de los derechos humanos de las víctimas”.

También observamos una creciente militarización de las sociedades con el argumento de que se debe combatir el narcotráfico y la delincuencia con él relacionado; a la vez que crecen y se fortalecen los sectores de la sociedad que, atemorizados por la difusión de este tipo de delincuencia, piden más represión, aumento de las condenas y “mano dura”, hasta el extremo de reclamar la instalación de la pena de muerte en los países en que ésta no existe (como en el nuestro), justificar el asesinato de alguien porque parece sospechoso, o la existencia de los escuadrones de la muerte, que se ocupan de asesinar a jóvenes delincuentes.

Este enfrentamiento ideológico y político, en sociedades donde las instituciones judiciales y políticas están gravemente cuestionadas, y que en muchos casos han pasado a formar parte del negocio, lleva a que el Estado, incapaz de dar respuestas democráticas de fondo, sucumba ante las presiones y tome medidas fuertemente represivas, aunque las mismas puedan luego volverse como un bumerang contra los sectores sociales que las habían reclamado. Tomemos como ejemplos de esta situación la pérdida de las libertades civiles y garantías legales que los estadounidenses han aceptado pagar como precio para aumentar su seguridad ante la posibilidad de nuevos atentados terroristas o el accionar de las pandillas; o la situación que se observa en las grandes ciudades brasileñas donde, luego de mu-

chos años de violencia descontrolada, se ha recurrido al ejército para que enfrente a las bandas de los narcotraficantes, en una escalada de violencia que aparenta no tener fin, y como resultado de la cual, según la organización Justicia Global, durante el año 2003 hubo 1.195 ejecuciones sumarias de jóvenes habitantes de las favelas, realizadas por la policía de Río de Janeiro; y durante el año 2006 se estiman en 150 las muertes diarias producidas por hechos violentos. Tanto o más grave aun es la militarización de la sociedad colombiana, que después de largas décadas de enfrentamientos armados entre guerrillas, narcotraficantes y paramilitares, habiendo sumado varias decenas de miles los muertos producidos por los enfrentamientos, y millones los refugiados que deben huir de las zonas en disputa, continúa militarizándose cada vez más, a pesar del evidente fracaso de esta estrategia.

En nuestro país se observa una modificación tanto en la cantidad como en la calidad de las sustancias que se consumen. En lo cualitativo, en los estratos de mayor poder adquisitivo se produjo un incremento en el consumo de productos sintéticos, como el éxtasis; y en los sectores de menores ingresos hizo su aparición la pasta base⁴, producto introducido a mediados de la década del '90 por los traficantes peruanos, y que tiene como características específicas su alto poder adictivo, su bajo costo (entre 1 y 3 pesos la dosis, menos de un dólar estadounidense), y las graves consecuencias que deja en el cuerpo y el cerebro del adicto por su alta toxicidad.

Según la información suministrada durante el año 2005 por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de

4. La pasta base de cocaína (conocida en Argentina como "paco" o "basuco") es el residuo de una fase anterior a la obtención final de la cocaína, que resulta del procesamiento de las hojas de coca, en el que se utiliza ácido sulfúrico, querosén y otros solventes que por su toxicidad hacen que esta sustancia no sea apta para el consumo humano.

Buenos Aires, en el Gran Buenos Aires —y esta situación podría extrapolarse sin demasiado margen de error al resto de los conglomerados urbanos del país— se encuentran tres perfiles de consumidores: un estrato alto que consume drogas costosas como cocaína de primera calidad, éxtasis, LSD, etc., cuyos precios oscilan entre 20 y 40 pesos la dosis; un nivel medio que consume cocaína de calidad intermedia, marihuana y sólo ocasionalmente drogas más caras; y un nivel bajo que en muy pocas ocasiones consume drogas costosas, y que en los últimos años se ha volcado al consumo de la pasta base. Se estima que alrededor de 30.000 jóvenes consumen este producto, sólo en el Gran Buenos Aires.

Se ha estimado que el tiempo promedio necesario para que un consumidor de cocaína se convierta en un adicto es de dos años; para los consumidores de pasta base (lo mismo sucede con el crack), este tiempo se reduce a tres o cuatro meses. Considerando el alto poder adictivo que tiene esta sustancia, una persona puede fumar hasta 20 cigarrillos de pasta base (pacos) por día; en consecuencia, no sólo debe disponer de una gran cantidad de dinero para satisfacer la creciente necesidad de comprar y consumir, sino que todo su día gira en torno a la obtención y el consumo de la droga.

Con los datos de que se dispone, se estima en 400.000 el número de personas que consumieron sustancias ilegales en el último año en el GBA⁵, y en 200 millones los consumidores en el mundo, o sea el 5% de la población mundial, con una edad entre 15 y 64 años, según el informe anual de las Naciones Unidas. Según este mismo informe, el número de toxicómanos aumentó un 8% en un año⁶.

5. Diario *Clarín*, Buenos Aires, septiembre de 2004.

6. Diario *La Nación*, Buenos Aires, junio de 2005.

Desde la década del '90 hasta la actualidad ha crecido la oferta de distintas sustancias, sobre todo sintéticas; citando a Varenne podemos afirmar que “la psicofarmacología en general y el uso de los alucinógenos en particular tienen extraordinario futuro”⁷.

La dependencia de las drogas, incluyendo las de venta legal⁸, está directamente ligada a la creciente deshumanización de la vida cotidiana. Afirma Hugo Miguez, basándose en los análisis de Merton, que se considera el “abuso de sustancias intoxicantes como una conducta de ‘retirada’ —es decir como una manifestación de repliegue— en grupos que comparten las expectativas y objetivos de la sociedad en general, pero que no disponen de los medios necesarios para alcanzarlos.”⁹

“En este sentido la alcoholización juvenil representa ajustadamente esta expresión de abandono o retirada frente a situaciones que son visualizadas como inmodificables. La instalación de deseos vinculados a un consumo (construido como representación de un valor social) y la imposibilidad de acceder a estos objetos publicitados como ‘medida de sí mismo’ encuentra en el descontrol de la bebida la conducta de retiro necesario frente a una presión inmanejable desde la vida habitual de un joven común.”¹⁰

Esta retirada hacia el refugio que promete el consumo de sustancias psicoactivas se sostiene en la aceptación resignada

7. Varenne, G.: *El abuso de las drogas*. Ed. Guadarrama, 1973. Pág. 345.

8. Una investigación publicada en la *Revista Argentina de Psiquiatría* y realizada en la ciudad de Buenos Aires, muestra que el 15,5% de los encuestados consume actualmente psicofármacos, y el 29,4% los consumió alguna vez. El 12,2% consume benzodiazepinas y el 3% antidepresivos; de estos consumidores habituales la mayor parte son mujeres y viejos. El 25% de los que consumen se reconocen muy dependientes de la medicación. Estos índices de consumo habitual de psicofármacos superan el 3,5% del Reino Unido, el 5,5% de Estados Unidos o el 10,1% de la ciudad de San Pablo. (Fuentes: *Revista Argentina de Psiquiatría* N° 66, marzo-abril 2006; diario *Página/12*, 24 de agosto de 2006.)

9. *Epidemiología de la alcoholización juvenil en la Argentina*. Año 2004.

10. *Idem*.

de que el cambio no es posible, y ante una situación que resulta intolerable e inmodificable sólo es posible retroceder hacia la irrealidad, hacia la ilusión como un refugio, y también, con la omnipotencia propia de los adolescentes, a un espacio donde lo anhelado es posible de ser alcanzado. “La estrategia de supervivencia para un momento se ha convertido finalmente en un salvavidas de plomo que arrastra consigo y hacia el fondo la fuerza de una generación.”¹¹

Una vez que se aprendió a tomar la vida para dejarla como está, sin intentar ningún cambio, porque se juzga que ningún cambio es posible, y a buscar refugio en sustancias que facilitan la negación de una realidad que angustia, el campo queda abierto para otros mercados y otras sustancias. Aparece entonces el consumo de las llamadas drogas duras, en un proceso que ya había comenzado tiempo atrás, “...en el contexto de la indulgencia frívola hacia el abuso de las drogas legales y el mantenimiento de una ignorancia conveniente en lo inmediato, acerca del futuro de los otros”¹².

El comercio ilegal de drogas

En esta época, en que tomar en cuenta la evolución del mercado es tan importante en los análisis sociales, no podemos dejar de observar cómo ha evolucionado el precio de las drogas ilegales.

En los últimos años el precio de venta de drogas como la marihuana y la cocaína ha bajado, tanto en nuestro país como en Estados Unidos. Si nos guiamos por las leyes del mercado podemos suponer que esto se debe a que los costos de

11. Idem.

12. Idem.

los traficantes han disminuido, y si continuamos pensando según estas mismas leyes se puede deducir que la causa de este abaratamiento radica en que el comercio se ha hecho más fácil, incluyendo menos gastos para evadir los controles, lo cual permite vender más cantidad a menor precio. El tráfico y la venta se han facilitado, siendo ahora más fluidos, tan directos que se gasta menos dinero en sobornar a funcionarios administrativos, policiales y judiciales; incluso en muchas regiones (demasiadas) no es necesario hacerlo, ya que estos sectores, al haberse integrado al negocio y ser parte del mismo, mejoran sus ganancias con el aumento de las ventas, no impidiéndolas, tal como se esperaría que hiciesen. Como consecuencia del deterioro del funcionamiento de la sociedad y el Estado, se produce un cambio de funciones donde quienes deberían ocuparse de impedir el narcotráfico, son parte fundamental del mismo.

En la Argentina, en la mayoría de los casos, la droga que se secuestra en los procedimientos policiales proviene de los pequeños traficantes. Acerca de los que manejan el tráfico grande del contrabando, ya sea de marihuana proveniente de Paraguay a través de las provincias de Formosa y Misiones, o de la cocaína proveniente de Perú y Bolivia que ingresa por las provincias de Salta y Jujuy, nada se sabe, se desconocen sus nombres. En las provincias del norte argentino: Salta, Jujuy, Formosa, Santiago del Estero, Tucumán y Misiones, es abiertamente conocido por los lugareños la existencia de pistas de aterrizaje clandestinas; esta información también ha sido divulgada por el periodismo en programas de televisión, diarios y revistas, pero a pesar de ser ya de conocimiento público no se han realizado investigaciones judiciales serias para dismantelar este tráfico ilegal y enjuiciar a quienes lo manejan.

Cálculos conservadores estiman que durante el año 2003 se comercializaron 6.465 kg de cocaína y 39.648 de marihuana. En el año 2003 fueron condenadas 23 personas “por

encabezar alguna pequeña red de *dealers*¹³; los verdaderos jefes de las organizaciones permanecen ocultos, y aunque la población sospeche quiénes podrían ser, no hay investigaciones judiciales que se propongan identificarlos.

En los últimos tiempos, el descubrimiento y la posterior investigación de grandes cargamentos de cocaína embarcados desde la Argentina, se realizó como consecuencia de la incautación de los mismos por las policías europeas, porque de los puertos argentinos y del aeropuerto de Ezeiza habían salido sin inconvenientes; es más, para llegar hasta la provincia de Buenos Aires circularon por varios miles de kilómetros de rutas sin ser detectados por ningún control policial.

Actualmente, y como consecuencia de la presión internacional y de la política implementada por Brasil para el control de sus fronteras, se está empezando a plantear a nivel del gobierno nacional la necesidad de instalar sistemas de radares fronterizos que tendrían la función de detectar los vuelos ilegales, y paralelamente se estudia la posibilidad de modificar la ley que regula el proceder de la Fuerza Aérea ante estos vuelos ilegales. Sin embargo, estos son anuncios informales que no se han convertido, todavía, en proyectos de ley, y se desconocen los plazos en que estos cambios propuestos, que dificultarían el accionar de las organizaciones delictivas, podrían convertirse en realidad. Mientras tanto, todo seguirá igual.

Para que la amapola se transforme en heroína y la hoja de coca se convierta en cocaína, es necesario realizar un proceso de elaboración química que requiere de instalaciones industriales de laboratorio donde efectuar este procesamiento. También se requieren distintos insumos químicos de venta legal, que se utilizan en los distintos pasos de ese proceso, y a los que se designa con el nombre de *precursores químicos*. “Tengo muy cla-

13. Diario *Clarín*, Buenos Aires, septiembre de 2004.

ro que sin precursores, no hay cocaína ni heroína. De ahí que la Unión Europea debe colaborar neutralizando el tráfico de los insumos que ellos producen. La comunidad internacional debe entender que si no hay un control de la producción de estos insumos no va a ser posible enfrentar con éxito la lucha contra la droga. Dejen de un lado las razones económicas y piensen más en la salud de los ciudadanos del mundo y en la estabilidad de muchas democracias...”; estas son declaraciones de un general colombiano realizadas al periódico *El Tiempo* de Bogotá en abril de 1999, ante la confiscación de un cargamento de 12 toneladas de permanganato de potasio, en el puerto de Cartagena¹⁴.

Con 12 toneladas de permanganato de potasio, se refinan de 60 a 70 toneladas de cocaína, y este insumo, cuya comercialización está restringida en Colombia, era de libre comercialización en Europa. Los precursores químicos de uso habitual en la producción de clorhidrato de cocaína son: ácido sulfúrico, permanganato de potasio, ácido clorhídrico, acetona e hidróxido de amoníaco, y otros solventes como éter, tolueno, thinner, etc. La comercialización de estos productos sufre ciertas restricciones en Estados Unidos, pero pocas en Europa; en consecuencia, es muy fácil para los productores de cocaína abastecerse en diferentes mercados.

Se está muy lejos de que estos países reconozcan que en la producción de las drogas juegan un papel tan importante los precursores químicos como la coca o el opio, porque para ello “Sería preciso que corrieran el riesgo de hacer peligrar un negocio formidable: para refinar la producción anual de una hectárea de arbustos de coca, los laboratorios colombianos necesitan 2,5 toneladas de productos químicos, o sea, 270 mil toneladas al año por cada 108 mil hectáreas, isólo para

14. Boyer, Jean-Francoise: *La guerra perdida contra las drogas*. Grijalbo, 2001. Pág. 304.

la cocaína! Al precio del permanganato de potasio en el mercado europeo, esto representa 6.800 millones de dólares, y mucho más si se toma como base de cálculo el precio de los precursores una vez introducidos en territorio colombiano”¹⁵.

Para los países productores de insumos químicos es impensable aumentar los controles y exigir una investigación previa a las industrias químicas, porque violentaría las leyes del libre mercado. “Este procedimiento incrementaría los costos, volvería lentos los intercambios... y a la larga privaría a los productos de un mercado multimillonario.”¹⁶ Al respecto podemos decir que en nuestro país recientemente se ha sancionado una ley cuyo objetivo es controlar la comercialización de los precursores químicos, pero aún no ha transcurrido el tiempo suficiente para evaluar la efectividad de su aplicación.

Cuando del comercio internacional de drogas se trata, se está hablando de grandes cantidades que se miden en toneladas, las que deben atravesar grandes distancias y varias fronteras, para llegar desde los países productores a los países consumidores. Este transporte de la mercancía se hace en aviones que aterrizan clandestinamente, y en barcos que descargan su mercadería frente a las costas para que luego ésta sea llevada a tierra por pequeñas embarcaciones o buzos. Estos aviones y catamaranes de carga, equipados con alta tecnología para evadir los controles policiales y aduaneros, son muy costosos y se compran en Europa y Estados Unidos, a través de operaciones bancarias que además permiten blanquear el dinero obtenido por la venta de las drogas. “El volumen global de negocios de las mafias es 60 veces superior al presupuesto de su principal adversario, la DEA: 1.600 millones de dólares para la DEA, contra unos 100 mil millones de

15. Idem, Pág. 306.

16. Idem, Pág. 307.

dólares para el conjunto de las mafias que trafican las drogas latinoamericanas.”¹⁷

Está claro que cuando el gobierno de Estados Unidos pretende impedir el ingreso de drogas en su país persiguiendo a los productores sudamericanos y amenazando con invadir sus países, está haciendo una lectura muy parcial del problema, y obviamente poco eficaz, ya que este comercio no existiría sin la participación activa de la industria y la banca de los países desarrollados.

Esta compleja trama de industria y comercio globales, que ejemplificamos con la producción de cocaína, se repite con la producción de heroína. Los más importantes productores de esta droga son Colombia y los países del Lejano Oriente, entre ellos uno ocupado por el ejército norteamericano, Afganistán; y lo mismo sucede con la elaboración y comercialización de drogas sintéticas: LSD, éxtasis y anfetaminas en general, cuyo mayor productor es Estados Unidos. Respecto de la situación en Afganistán, podemos decir que históricamente ha sido un gran productor de amapolas para la elaboración de opio, y que según un reciente informe de la ONU a partir del año 2004 ha logrado recuperar notablemente el nivel de su producción, que había sido casi eliminada durante el gobierno de los talibanes.

Hay una frontera confusa entre los grandes negocios mafiosos y los intereses políticos; recordemos cuando en la década de 1980 el dinero proveniente del narcotráfico financiaba a “los contras” de Nicaragua, con el aval de la CIA, atentando contra el gobierno sandinista. Siniestros acuerdos mafioso-políticos como estos, se sospechan en diferentes casos de países en los que ha intervenido la CIA, colaborando con la oposición a gobiernos que disgustaban a Washington.

La liberalización y globalización del comercio internacional que se ha producido en las últimas décadas, también ha

17. Idem, Pág. 314.

resultado beneficiosa para los narcotraficantes, ya que “la masificación del transporte por contenedores vuelve los controles de rutina cada día más costosos y difíciles. La baja generalizada de los aranceles y la desaparición progresiva de los controles rutinarios en las fronteras, en América y Europa... el TLC, la integración europea autorizan a los trailers a pasar de un país a otro sin ser inspeccionados”¹⁸. Así como el uso masivo de Internet, a través del *chat* y los mensajes encriptados, facilitan la rápida y segura comunicación de datos e información que se requieren para el comercio ilegal.

Cuando del negocio de las drogas se trata, no se debe olvidar el papel protagónico que juegan los grandes bancos, sin cuya intervención este millonario comercio sería imposible.

Es impensable “pagar en efectivo al proveedor una remesa de varias toneladas de droga con valor de millones de dólares... Los consumidores pagan en billetes de baja denominación y en moneda local... Para repatriar los fondos a Latinoamérica, sería preciso, primero, cambiar esas monedas a dólares y, luego, para hacer que el dinero atravesara el Atlántico, montar operaciones tan complejas como las de importación de drogas”. Movilizar tanto dinero en efectivo es tan complicado y riesgoso, que resulta inaceptable.

A partir de esta premisa se elaboran complejas operaciones bancarias, con múltiples cuentas en diferentes bancos a nombre de personas y empresas fantasmas, que permiten la transferencia de fondos de un país a otro sin correr riesgos inútiles.

Cuando, como consecuencia de la implacable persecución que se realizó sobre los carteles colombianos, éstos debieron encontrar otras formas de comercialización, se crearon las rutas mexicanas: la cocaína que se produce en Colombia, se

18. Idem, Pág. 307.

transporta por vía aérea y marítima a México, y de allí cruza la frontera hacia el gran mercado del norte.

En la década del '90, con Carlos Salinas de Gortari, México se convirtió en un narco-Estado¹⁹; ha jugado en esta transformación un rol fundamental el hermano del entonces presidente: Raúl Salinas, quien en 1992 “trata de depositar en el extranjero decenas de millones de dólares que le han reeditado —a decir de la PGR mexicana, la DEA y la policía suiza— sus múltiples actividades ilícitas...”. Para ello necesitaba encontrar un gran banco, internacionalmente respetado, que aceptara reciclar esas sumas, y con este fin recurrió, a través de sus representantes en México, al Citibank de Nueva York.

La complejísima trama financiera que se crea con el fin de lavar dinero ilícito queda en este caso al descubierto con la detención de Salinas en 1995, pero en la investigación que se llevó a cabo el banco ha logrado salvar su responsabilidad y nada se le ha podido probar. Desde ese año en adelante se han realizado varias investigaciones promovidas por el Senado estadounidense sobre el papel que la banca internacional juega en el lavado de dinero sucio, pero ha habido muy pocos condenados y ningún banco se ha cerrado por ello, ni sus directivos fueron encarcelados. Esta situación le ha hecho declarar al senador Carl Levin: “No podemos condenar la corrupción en el extranjero (...) y después tolerar que los bancos estadounidenses hagan fortunas de esa misma corrupción”²⁰.

19. Con relación a esta situación, el escritor mexicano Juan Villoro declaraba al diario *Clarín* el 26 de diciembre de 2005: “Después del 11 de septiembre (del 2001) la frontera entre México y Estados Unidos se convirtió en la más vigilada del mundo. Mucha de la droga que podía pasar a EEUU se quedó en México. Entonces hay un circulante y un consumo de droga en México que antes no había y los carteles de la droga se empezaron a plantear un ejercicio más nacional que internacional. La mano del narcotráfico se ha convertido en la mano invisible que decide el destino”.

20. Boyer, Jean Françoise: Op. cit. Pág. 337.

Tiempo después, en la República Argentina, una comisión legislativa liderada por la en ese entonces diputada Elisa Carrió, realizó una extensa investigación sobre el lavado de dinero en el país, entregando el material recopilado a la comisión del Congreso de EEUU que estaba ocupándose del tema. Varios años después a nadie se ha procesado y muy probablemente nadie sea encarcelado jamás por estos delitos, aunque a lo largo de estos años en el Congreso argentino se hayan tratado diferentes proyectos de ley dirigidos a impedir el lavado de dinero.

“Las mafias del norte reciclan sus ganancias, a todas luces, en Europa y Estados Unidos. Y, salvo algunas excepciones (México y Panamá), los narcotraficantes latinoamericanos no reinvierten masivamente sus utilidades en el sur. Algunos países aprovechan temporalmente el maná del dinero sucio, como las islas del Caribe, cuyo sistema bancario lava fondos que finalmente van a parar a Estados Unidos, Suiza, Luxemburgo o Linchtenstein. Las economías del norte absorben pues, el grueso de las utilidades de la droga. Mientras esta evidencia no se imponga entre las opiniones públicas y los gobiernos europeos y norteamericanos, ninguna estrategia seria de lucha contra la droga podrá llevarse a cabo.”²¹

El narcotráfico es, antes que nada, un gran negocio, y vemos cómo después de algunas décadas de un progresivo y sostenido crecimiento de este negocio “las mafias ‘intermediarias’ e ‘importadoras’ arrebatan la tajada más grande del pastel”²². Repitiéndose en este mercado lo que históricamente ha sucedido con otros en relación a la división internacional del trabajo, es así que nos encontramos con que los países pobres producen productos primarios —en este caso el

21. Idem, Pág. 348.

22. Idem, Pág. 346.

cultivo de las plantas de coca, cannabis y amapolas—, realizando también el trabajo sucio y más peligroso de elaboración y transporte; mientras que los países ricos se encargan de su comercialización y financiamiento, quedándose con la parte más lucrativa del negocio.

El cultivo de las materias primas es la fase del negocio que menos ganancias deja, porque si bien para el campesino boliviano, colombiano o afgano la ganancia que le permiten obtener los cultivos ilegales es varias veces superior a la que podrían lograr con los cultivos tradicionales, es mínima comparada con la que obtiene el traficante una vez que ha puesto la droga en el mercado europeo, estadounidense o japonés, donde multiplica varias veces su valor. Son también estos campesinos los que más se exponen, cada vez que el ejército estadounidense decide arrasar con las plantaciones en Colombia, Bolivia o Perú; y son también los países dependientes y corrompidos, en este caso mayormente los pobladores de sus empobrecidas ciudades, los que abastecen a los traficantes de las personas encargadas de llevar la droga desde el país productor al país importador, en infinidad de casos con grave riesgo para su propia vida, como sucede con las “mulas”, que transportan las drogas en su cuerpo, o los niños buzos que se sumergen en las aguas del mar Caribe para rescatar los cargamentos de drogas lanzados al mar por los aviones y barcos de los narcotraficantes.

El consumo de drogas es un gran negocio donde muchos pierden la vida, tanto consumiendo como traficando, para que unos pocos ganen muchísimo, pero muchísimo dinero.

Una mirada a la historia

A lo largo de la historia el hombre ha tratado de trascender los límites de lo que siente como su pobre y cruel realidad utilizando diversos medios que —supone— le permitirían acceder

a un mundo más pleno, más bello, más feliz. Un mundo ideal, que sería posible alcanzar atravesando la frontera de las propias limitaciones con la ayuda de sustancias apropiadas.

Ha habido antiguamente, y existen aún en la actualidad, infinidad de cultos religiosos que utilizan elixires para favorecer la trascendencia espiritual y la comunicación con los dioses; basándose en estas experiencias es que Carlos Castaneda escribió la saga de *Las enseñanzas de Don Juan*. También en esta búsqueda de una sensibilidad especial y trascendente dada por la utilización de sustancias psicoactivas encontramos a escritores, pintores y músicos: en el siglo XIX eran el opio y sus derivados; en el siglo XX, fundamentalmente la cocaína, los derivados del cannabis y el LSD, y parece que en este siglo serán los anteriores, más los estimulantes sintéticos y el sempiterno alcohol.

Cuando se argumenta a favor del libre consumo de sustancias psicoactivas, partiendo del uso que de las mismas se ha hecho a lo largo de la historia de la humanidad, se entremezclan tiempos y procesos históricos que son sacados de contexto, olvidando el rol regulatorio y de sostén que el grupo social cumple en los rituales religiosos donde se utilizan sustancias para alterar la percepción. Sabemos que desde los tiempos neolíticos los seres humanos han usado distintas sustancias, sobre todo alucinógenas, para comunicarse con los dioses; sólo para citar algunas, mencionaremos el peyote en las culturas del norte y mesoamérica; el soma en el hinduismo; el aya huasca (“la sogá que permite ir al lugar de los muertos”) de los cultos amazónicos; y también el alcohol, como el vino en el culto a Dionisios, o la chicha que el inca ofrecía al dios sol, etc. Sin embargo, este ha sido un uso limitado y ritual, que formaba parte del patrimonio cultural transmitido de una generación a otra.

Cuando el creyente, cumpliendo con el rito heredado de sus ancestros, consume la sustancia indicada, se siente en comunión con el dios en el que cree, y ese viaje ritual o trance está contenido y acotado por la comunidad religiosa; por ello no hay

nada en esta situación que implique un riesgo para el protagonista, quien no se verá expuesto a consumir una sobredosis, no caerá en excesos no previstos, y tampoco generará una enfermedad adictiva; sino que saldrá del trance en medio de una experiencia socialmente valorada, en armonía con su entorno social y espiritual. Sin embargo, estas costumbres que aún perduran en ciertas culturas, no tienen ninguna similitud con el consumo de drogas que encontramos en las culturas urbanas de nuestra sociedad capitalista.

Sustancias psicoactivas se han utilizado no sólo en los cultos religiosos, sino también en la medicina, desde los más lejanos tiempos.

En la antigua medicina era habitual el uso del opio y sus derivados, con el más famoso de todos sus preparados: el láudano. El opio se extrae de las semillas de la amapola adormidera (*papaver somniferum*), originaria de Asia, y se han encontrado registros de su utilización ya en la antigua ciudad sumeria de Uruk; con el paso del tiempo su uso se extendió por toda la cuenca del Mediterráneo hasta el lejano oriente. Se lo utilizaba como preparación medicinal para gran cantidad de dolencias, también como somnífero y calmante de la tos; durante la edad media disminuyó su uso, aunque no en la medicina árabe. Hacia el 1500, se encuentran numerosos registros de los estragos que el abuso del opio hacía en distintas sociedades de Asia. Ahora bien, hasta ese momento esta sustancia se había utilizado ingerida en distintas preparaciones terapéuticas (con diferentes grados de concentración de la droga), pero en esa época los chinos aprendieron a fumarla.

Hacia 1650, sucedió que un emperador de China prohibió el uso del tabaco, pero existiendo ya la costumbre, originaria de la isla de Java, de fumar tabaco impregnado con opio, a partir de ese momento comenzó a fumarse el opio puro. En 1729, otro emperador, advertido del peligro de esta costumbre, prohibió tanto la importación como la venta de opio; sin embargo, a

pesar de la prohibición, el tráfico, manejado por los portugueses como contrabando, continuó.

En 1708 se instaló en la India la East India Company. Encontrando que en ese país la ingestión de opio estaba muy extendida, el gobernador inglés de Bengala impuso una severa restricción en su consumo; en consecuencia, el excedente de la producción comenzó a exportarse a China, de contrabando. Este contrabando realizado desde la India hacia China, fue monopolizado por los ingleses, desatándose una de las mayores tragedias de la historia.

El emperador de China dispuso medidas para impedir este tráfico ilegal y destructivo para el país, que estaba inundando de opio y sumiendo a enorme cantidad de gente en la adicción; pero estas medidas no fueron suficientes: con el tiempo los barcos contrabandistas comenzaron a navegar armados, y continuaron descargando su mercancía en distintos puertos de la costa. En 1800 la presión de los ingleses para que China abriera sus puertas al “libre comercio” era insostenible, pero a pesar de ello el emperador chino intentó decomisar el opio de los barcos ingleses, a lo que el rey Guillermo respondió enviando a su marina de guerra para proteger a los contrabandistas, iniciándose la primera *guerra del opio*. China fue derrotada, y firmó en 1842 el Tratado de Nankín, cediendo la isla de Hong Kong y otros cinco puertos para el libre comercio, pero el opio continuó prohibido.

En 1856 el virrey de Cantón ordenó la inspección de un barco con bandera inglesa, y fue el pretexto para otra guerra, la segunda, donde el imperio chino fue nuevamente derrotado, obteniendo el imperio británico más puertos libres y la libre navegación del Yang-Tse-Kiang. Hasta que en 1860, con el Tratado de Pekín, el opio se convirtió en mercadería libre. “El opio se había convertido en uno de los pilares del imperio británico.”²³ Para

23. Varenne, G.: *El abuso de las drogas*. Ed. Guardarrama, 1973. Pág. 100.

evitar el continuo drenaje de divisas hacia el exterior, por la compra del opio importado, el gobierno de China permitió el cultivo de la adormidera en su propio territorio, hasta que en 1906, ante la presión ejercida por asociaciones inglesas preocupadas por el consumo de opio en su propio país, el gobierno inglés resolvió abolir el comercio de estupefacientes, por considerarlo “moralmente injustificable”. Es posible ver en esta lucha larga y despiadada, cómo el opio y su incontrolable consumo fue la punta de lanza para destruir un país e imponerle una política económica claramente perjudicial para sus propios intereses.

En 1670, un médico inglés compuso el láudano, consistente en una maceración en vino, opio y varias especias, apto para tratar diversas enfermedades. “La moda del láudano, que duró más de dos siglos, se manifestó sobre todo en Inglaterra, en primer lugar porque fue un médico inglés quien la lanzó con todo convencimiento; en segundo lugar, y sobre todo, porque las relaciones de este país con India, gran productor de opio, facilitaban mucho la importación de este producto.”²⁴ En el siglo XIX, el uso del opio, ya no sólo con fines medicinales, se había extendido en todas las clases sociales y era ampliamente usado en los ambientes intelectuales; de esa época se conocen muchísimos escritores, poetas, políticos y miembros destacados de la élite que eran adictos a la droga.

En el siglo XIX, distintos científicos intentaron aislar el principio activo del opio, lo que se logró hacia mediados del siglo, dando origen a la producción de morfina. Poco tiempo después, en 1850, se inventó la jeringa hipodérmica y, dado que la morfina es más activa inyectada, se empezó a utilizar sistemáticamente por esa vía, para aliviar el dolor. Durante la guerra franco-alemana de 1870 comenzó a utilizarse con los soldados heridos, y siendo un analgésico muy efectivo, su uso

24. Idem, Pág. 109.

se extendió rápidamente. A comienzos del siglo XX se había convertido en una moda.

Hacia el final del siglo XIX, logra sintetizarse un derivado de la morfina, la diacetil-morfina, conocida vulgarmente como heroína, que al probarse en humanos demostró ser muy eficaz contra la tos y la disnea de los enfermos asmáticos y tuberculosos, por lo que comenzó a utilizarse en sus tratamientos. Inicialmente prescrita por los médicos, que no descubrieron su altísimo poder adictivo hasta unos años después, rápidamente se extendió su uso por todo el mundo.

La cocaína, una de las drogas cuyo consumo se halla más extendido en la actualidad, se conoce desde el siglo XIX, y es uno de los alcaloides que se extrae de la hoja de coca, la *Erythroxylon coca*, planta originaria de Sudamérica, conocida y utilizada desde los más remotos tiempos por las distintas culturas que habitaron los Andes y sus estribaciones desde Colombia al norte, hasta la Puna al sur. Tenía un valor sagrado para estas culturas nativas, que la utilizaban por sus efectos analgésicos y estimulantes. Como consecuencia de estos efectos benéficos era muy valorada, y se la utilizaba en distintos rituales religiosos y en los enterratorios, donde una bolsita conteniendo hojas de esta planta formaba parte del ajuar de los muertos. Actualmente, en la zona andina, persiste el hábito de mascar hojas de coca o ingerirlas en forma de infusión.

Encontramos, también en la actualidad, culturas originarias que han logrado conservar usos y rituales antiguos en los que se utilizan las hojas tal como se hizo durante miles de años; este es el caso de los arhuaco (comunidad hoy seriamente amenazada de exterminio por la guerra que enfrenta a los narcotraficantes, los paramilitares y el ejército) de la Sierra Nevada colombiana, quienes consumen hojas de coca tostadas, mezcladas con la cal molida de las conchas de caracol, para obtener un suave efecto estimulante y energía para vivir en estas elevadas altitudes (5.000 metros sobre el nivel del mar).

Cuando se logró extraer el principio activo de la coca, la cocaína, se descubrió el valor que esta sustancia tiene como anestésico local, y como tal comenzó a utilizarse en medicina, ignorándose su poder adictivo, que años después fue decisivo para que los médicos dejaran de usarla. En 1886, en Estados Unidos, se inventó la Coca Cola, refresco que incluía entre sus ingredientes extracto de hoja de coca, conteniendo una pequeña cantidad del alcaloide. Hacia el año 1904 dejó de utilizarse este ingrediente, modificándose la fórmula. A principios del siglo XX, en los cabarets europeos de la *belle époque* se difundió la costumbre de inhalarla, y en la segunda mitad del siglo apareció su forma fumable: el crack. Su uso ya se había hecho masivo.

El tabaco es también una planta originaria de América; los conquistadores españoles registraron su uso por las culturas locales, a poco de llegar. El tabaco estaba ampliamente extendido en el continente americano y era utilizado con distintos fines: por los chamanes en rituales religiosos, para inducir estados alucinatorios, y también para soportar el cansancio. Los mismos españoles lo llevaron a Europa, y luego de algunos avatares que incluyeron su prohibición por parte de Luis XIII, se extendió su uso en diversas presentaciones (mascado, fumado, inhalado), y también en la medicina para tratar las migrañas, los trastornos digestivos, etc. Durante el siglo XX se extendería mundialmente su uso, en forma de cigarrillos; consumo que a partir de las últimas décadas se está combatiendo activamente, con el objetivo de reducir los gastos generados por la atención de la salud de los adictos al tabaco y el tratamiento de las enfermedades que también afectan a los “fumadores pasivos”.

También el alcohol tiene una milenaria tradición de uso terapéutico: la cerveza, inventada por los antiguos egipcios, se recomendaba en la edad media como medicamento; y cuando en el 1100 se aprendió a destilar el alcohol, el producto obtenido se llamó “agua de vida”, por la sensación de bienestar que producía en quien lo bebía. Este fue el comienzo de lo que va-

rios siglos después se convertiría en una industria millonaria productora de gran variedad de bebidas, que con distinta graduación alcohólica se consumen en todo el mundo y que en este trabajo sería imposible detallar. El alcohol, cuyo consumo en sus diversas presentaciones está universalmente extendido, y por lo tanto goza de la más amplia aceptación social, genera gravísimas adicciones, ante las cuales los distintos países tratan de instrumentar diferentes medidas que limiten su uso, especialmente por parte de los jóvenes.

En la segunda mitad del siglo XX, en la década de 1960, en Estados Unidos los jóvenes integrados en el movimiento hippie, que además eran pacifistas opositores a la guerra de Vietnam, adoptaron como actitud contestaria el consumo de marihuana y excepcionalmente de LSD; cuarenta años después, luego de que el consumo de drogas se ha transformado en un gran negocio, ese país se ha convertido en uno de los mayores productores de marihuana y drogas sintéticas, y el consumo de distintas drogas, cada vez más sofisticadas, se ha extendido por todo el mundo.

Como dijimos, se encuentran en la historia de la medicina muchas sustancias que nacieron como un medicamento muy prometedor, pero luego de haberse utilizado en forma intensiva fueron descubiertos sus efectos negativos, lo que finalmente llevó a su inutilización como medicamento, o a su prescripción bajo estricto control. Haciendo una rápida enumeración, podemos, además de los nombrados anteriormente, agregar como ejemplos el éter, que también se usaba como anestésico, la talidomida, los barbitúricos, las anfetaminas y benzodicepinas, etc.

Este entusiasmo inicial por un producto que aparece como una panacea universal, para luego devenir en sólo un fármaco más o en un fracaso, se ha dado, es obvio decirlo, también con otros tipos de sustancias, así como con otros productos creados por la tecnología del siglo XX; pero ya entraríamos en otros temas.

Capítulo II

La adicción a las drogas y la situación familiar

Los jóvenes adictos y su familia

Laura F. es una adolescente de 17 años, soltera, sin hijos, que terminó la escuela primaria, pero no pudo aprobar el primer año del nivel medio y abandonó la escolaridad; tiene una hermana de 18 años (que es madre de un niño pequeño, y está internada en una clínica psiquiátrica) y otra de 12; también tiene un medio hermano (hijo de su mamá) de un año. Los padres están separados desde hace cinco años; la madre formó otra pareja; el padre vive solo y ha mantenido diferentes relaciones de pareja, ninguna demasiado prolongada; ambos son consumidores habituales de drogas. La madre está desocupada y recibe un plan social, y el padre trabaja como vendedor ambulante, es disminuido visual, y está jubilado por incapacidad. Viven en la ciudad de Buenos Aires. Laura tiene un fuerte compromiso con las drogas, utiliza indistintamente cocaína, marihuana y psicofármacos; cuando ingresa en la institución su apariencia es de abandono, está sucia (no registra que tiene la cabeza llena de piojos), el estado en que se encuentra la mayor parte del día es de abulia permanente, no tiene interés en realizar ninguna actividad, ni en la institución ni fuera de ella. Ha estado internada anteriormente en distintas instituciones.

Matías V. es un adolescente de 14 años; no ha terminado la escuela primaria; tiene una hermana de 25 años que vive con su pareja y la familia de éste. Su mamá es soltera, tiene 43 años y está desocupada, razón por la cual recibe un plan social; vive en una zona marginal del GBA, en una casa que comparte con una amiga y la familia de ésta. Matías no ha tenido relación con su papá. Vive en la calle desde los 10 años; consume habitualmente cocaína y pasta base; vive de pequeños robos; es muy impulsivo y violento, y ha estado en distintas instituciones de donde se fuga o es trasladado, por su imposibilidad de convivir con los demás y la violencia que despliega.

Ana L. tiene 32 años, está separada, tiene tres hijos de distintos padres, de 15, 6 y 5 años de edad, a los que hace varios años que no ve, y que están al cuidado de distintos familiares; comenzó, pero no terminó, la escuela secundaria. Vive sola, no tiene amigos ni vínculos afectivos, ejerce la prostitución desde hace varios años. Es adicta desde la adolescencia a la cocaína y en los últimos cinco años a la pasta base; se define como “muy drogona”. Ha realizado distintos tratamientos de recuperación con resultados insatisfactorios, ya que todos los abandonó antes de recibir el alta. Es portadora de VIH, y fue derivada para realizar este tratamiento de recuperación por el servicio de psiquiatría de un hospital público, cuando luego de algunos meses de internación logró curarse de las graves infecciones oportunistas que padecía (tbc ganglionar, afecciones renales, etc.), como consecuencia de su enfermedad viral. Su familia de origen está formada por sus padres y un hermano. Su madre está empleada en relación de dependencia, con un muy buen salario; su trabajo siempre le ha demandado muchas horas diarias, es ella quien mantiene la casa y con el marido viven juntos, pero no comparten la habitación. El padre es un desocupado crónico, jugador compulsivo, y es quien se ocupa de visitar a la hija cuando está internada. Madre e hija

están distanciadas desde hace varios años, ya que la mamá no le “perdona” su forma de vida, pero también con el padre suelen pasar largos períodos sin verse. Su hermano está casado, tiene dos hijos, trabaja y vive en forma independiente; también con él mantiene una relación distante.

Mario F. es un adolescente de 16 años, que vive con su madre y su padrastro, y tiene varios hermanos: el mayor de 20 años, que trabaja y se ha independizado, y el resto menores, hijos de diferentes padres. No ha terminado la escuela primaria. El padre biológico se ha desvinculado de él, y la relación con el padrastro es muy conflictiva; éste trabaja, pero es alcohólico; la madre actualmente no trabaja pero años atrás lo ha hecho, y también ha ejercido la prostitución. Es consumidora de drogas, atravesando períodos en los cuales consume habitualmente marihuana y cocaína, alternados con períodos de abstinencia. Viven en una zona muy marginal del GBA. Mario consume marihuana y cocaína en forma habitual, y practica pequeños robos; tiene causas penales en la Justicia de menores, razón por la cual se dispuso su internación en un instituto de menores, del que fue derivado para realizar tratamiento.

Jorge V. es un adolescente de 16 años; no tiene hermanos, a su madre no la conoció y no sabe su nombre. Su padre lo abandonó en la calle cuando tenía siete años. No tiene documentos, y tampoco ha sido inscripto su nacimiento. Fue derivado por el CONNAF²⁵, se encuentra bajo la tutela de un juzgado civil y ha vivido en la calle desde que su padre lo dejó, alternando la situación de calle con distintas instituciones, como familias sustitutas y hogares; en ningún lugar pudo permanecer más de algunos me-

25. El Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia a partir del cambio de legislación se convirtió en Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF)

ses porque se fugaba, hasta que lo encontraba la policía y se reiniciaba el ciclo. Consume marihuana, pero su mayor adicción la constituyen los juegos de Internet: puede permanecer durante días jugando en los *ciber*, totalmente inmerso en la ilusión del juego, y cuando lo quieren echar reacciona agresivamente.

Andrés D. tiene 18 años; no pudo terminar 1º año del secundario a pesar de haberlo iniciado varias veces; vive con su mamá de 47 años y su hermano de 16, que está cursando el secundario. Es adicto a la marihuana y ocasionalmente a la cocaína; es miembro de una pandilla de su barrio, con la que ha protagonizado diferentes episodios de violencia callejera, que fueron determinantes para que la madre solicitara su internación. Andrés vive en un barrio de clase media de la ciudad de Buenos Aires, en un pequeño departamento alquilado por su madre. Sus padres están separados desde hace más de 10 años; el padre vive con su nueva familia, a unas veinte cuadras de distancia. El padre con frecuencia ha ejercido violencia contra sus hijos; y desde el divorcio se ha desentendido económica y también afectivamente de ellos, ya que ha pasado años sin verlos sin ninguna razón valedera. Su hijo lo define como “un boludo”. La madre trabaja alrededor de diez horas diarias como vendedora, para pagar la renta y solventar los gastos familiares. Hasta hace dos años, cuando falleció el abuelo materno, la familia recibía la ayuda económica y el apoyo afectivo él, quien al estar jubilado y tener disponibilidad de tiempo podía ocuparse de la atención de los nietos mientras la mamá trabajaba.

Fernando V., de 34 años, divorciado, tiene dos hijos adolescentes. No trabaja, ni lo ha hecho en los últimos años. Desde la temprana adolescencia consume cocaína, a lo que luego le fue agregando psicofármacos. Proviene de una familia de clase media-alta, hijo de profesionales; la mayoría de sus familiares lo son. Se inició en el consumo siendo muy joven y compartiendo esta ac-

tividad con su padre, que era un exitoso profesional y consumidor habitual de cocaína. Tiene una hermana y un hermano mayores. Su padre falleció cuando él era adolescente y a partir de ese momento quedó al cuidado de su madre. Para poder terminar la escuela secundaria, pasó por distintos establecimientos, y finalmente su hermana mayor, convencida de que nunca estudiaría, hizo un pago extra en el colegio para que le aprobaran las materias que adeudaba. La familia de Fernando no ha tenido nunca problemas económicos y él se vanagloria de haber comprado siempre “merca de la mejor calidad”; su familia ha gastado mucho dinero primero en solventar sus gastos en drogas y diversiones, y luego en distintos tratamientos para su recuperación, ya que ha estado internado en distintas instituciones, ha realizado tratamientos ambulatorios, y también de internación domiciliaria. En la actualidad, un miembro de su familia que se ha hecho cargo de administrar los bienes familiares, se ocupa de mantenerlo internado lejos de la ciudad en donde ellos viven, y solventar los gastos generados por su atención. No lo visitan con frecuencia, pero pagan sus cuentas; y de vez en cuando recibe la visita de sus hijos.

¿Qué tienen en común estos casos? Además de haber sido internados en la misma institución para que se recuperaran de su adicción, todos provienen de familias sumamente deterioradas, con comportamientos transgresores, donde los roles parentales están desdibujados o definitivamente ausentes, donde los padres son consumidores habituales o adictos, a drogas, psicofármacos y/o alcohol, al juego; la mayoría, pero no todos, provienen de las clases sociales más bajas y marginales de la sociedad. En la práctica cotidiana se puede observar que “la historia familiar del drogadicto puede registrar padres sometidos a malos tratos, con parejas mal avenidas, con personalidades narcisistas o psicóticas, o con antecedentes de adicciones”²⁶.

26. Casarino, Ethel C. de y otros: *Drogadicción*, Ed. Paidós, 1992. Pág. 84.

Los adolescentes dependientes de drogas provienen de familias en que el padre, esté o no presente como tal, está ausente psicológicamente y no ha podido cumplir con la función paterna en su papel de organizador y facilitador del ingreso a la cultura, en tanto representante de la ley. Como complemento de este padre, encontramos con frecuencia una madre con muchas dificultades para ejercer su propio rol. Sucede habitualmente que, en el caso de separación de la pareja parental, el padre también deja de cumplir con su responsabilidad y obligación de mantener económicamente a sus hijos, y frecuentemente también deja de verlos; es decir que éstos quedan totalmente a cargo de la madre, quien debe cubrir todas sus necesidades. Son jóvenes en cuya infancia han prevalecido las experiencias negativas, con fuertes vivencias de abandono; y en muchos de ellos las situaciones de abandono y violencia se han alternado con momentos de sobreprotección.

En la práctica cotidiana de la atención del adicto se encuentran distintas patologías que se manifiestan con la sintomatología de adicción. En consecuencia, podemos afirmar que la adicción no es en sí misma una enfermedad, sino una expresión sintomática de una psicopatología. Estas psicopatologías de base pueden ser muy diferentes, revistiendo distintos niveles de gravedad y, en consecuencia, distintos pronósticos; así encontramos pacientes adictos que pueden padecer neurosis en distinto grado, depresión, trastornos de la personalidad, psicosis, perversiones, trastornos *borderline*, etc. "La droga es la consecuencia y no el porqué de la patología del drogadicto, aunque a su vez ocasione nuevas patologías, tanto orgánicas (cerebrales, como en el resto del cuerpo), familiares y sociales."²⁷

27. Kalina, Eduardo: *La familia del adicto y otros temas*. Ed. Nueva Visión, Pág. 30.

Esta misma diversidad se encuentra con relación al objeto al que es posible generar adicción, ya que puede ser una droga o varias, el alcohol, la comida, o una conducta como el juego de azar, la televisión, la computadora, Internet, etc.

Esta diversidad de patologías que se manifiestan a través de las adicciones, abarca también una amplia gama de patologías familiares y sociales; en un espectro que va desde el grupo familiar con dificultades vinculares que atraviesa una crisis durante la cual alguno de sus miembros, por encontrarse en una situación vulnerable, recurre a conductas adictivas para huir de los sentimientos que lo abruman, hasta familias gravemente perturbadas o totalmente disgregadas.

Cuando el acceso al consumo de sustancias psicoactivas es fácil, porque ellas están al alcance de quien lo desee, en esta conducta puede incurrir cualquiera, desde adolescentes que atraviesan una situación familiar compleja, que los encuentra sin capacidad para enfrentar el conflicto y en consecuencia buscan a través del consumo de alguna sustancia recuperar la sensación de bienestar que han perdido; hasta la situación extrema de los chicos que viven en las calles desde muy pequeños y carecen de un grupo familiar propio, o mantienen con la familia una relación esporádica y conflictiva, han sido víctimas de distintas formas de violencia, y habiendo crecido en esta situación de extremo abandono incorporaron el uso de sustancias como una estrategia de supervivencia, para no sentir hambre, frío, miedo, angustia, y otros sentimientos desagradables que les resultan intolerables. Si bien con el sustantivo *drogadependientes* se alude a lo que parecería ser un grupo homogéneo, esta categoría en realidad incluye una gran heterogeneidad de patologías psicológicas y sociales. Diversidad que es imprescindible considerar, para elaborar tanto estrategias de tratamiento como de prevención.

La problemática adolescente y la crisis de la familia

La adolescencia es ese período de la vida que abarca desde la pubertad, a los 11 años aproximadamente, hasta el comienzo de la adultez, después de los 22 años, durante el cual los jóvenes se preparan para enfrentar la vida adulta. Es, para usar el concepto de Erikson, un período de moratoria social. La adolescencia es una etapa de crisis, un período que incluye normalmente un aumento de la conflictividad, y lo que suceda durante la misma “se halla determinado de múltiples modos por lo sucedido antes y determina mucho de lo que sigue después”²⁸.

“Una situación caótica, persecutoria o rechazante dificulta el intercambio elaborativo fundamental en esta edad”²⁹, afirma Fernández Mouján, refiriéndose a las condiciones en que el adolescente ingresa a esta etapa tan vulnerable de la vida; y en esta situación crecen miles de niños que no encuentran una familia o, ante las dificultades de sus padres, una sociedad que pueda contenerlos.

Los adictos están inmersos en situaciones familiares sumamente complicadas. Son familias en las que los padres no han podido cumplir con la función de cariñoso sostén que el infante necesita para crecer y desarrollarse; luego, cuando los hijos crecen, ante la crisis de la adolescencia estos conflictos y carencias se exageran, ya que el niño que no ha podido desarrollar mecanismos defensivos normales y no cuenta con una adecuada capacidad de amor y confianza en sí mismo y en los demás, enfrenta los cambios adolescentes con un déficit que le impide procesarlos.

28. Erik, H. Erikson: *Identidad*. Taurus Humanidades, Pág. 20.

29. Fernández Mouján, Octavio: *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Ed. Nueva Visión, Pág. 284.

Este “adolescente problema” somete a pruebas extremas a una madre y a un padre que no tienen recursos emocionales para tolerarlo y contenerlo, razón por la cual éstos declaran “no saber que hacer con este chico”, luego no pueden ponerle límites, y presos de la impotencia lo dejan definitivamente solo, para “que haga su vida” librado a sus impulsos.

“Las madres demasiado presentes son aquellas que viven pendientes de lo que hacen o dicen sus hijos, sobreprotegiéndolos, justificándolos, encubriéndolos y, de alguna manera, agobiándolos.”³⁰ Es habitual observar a estas madres que tratan de satisfacer todas las demandas de sus hijos, mintiendo a sus esposos (cuando éstos existen) y pactando cómplicemente con aquéllos, dándoles dinero y comprándoles muchas más cosas de las que sus posibilidades económicas reales les permiten, en un intento de seducirlos para que “se porten bien”. Esta conducta materna puede incluir, además, darle al hijo dinero del que no deberá rendir cuentas y que en realidad usará para comprar drogas, mientras el padre se mantiene en la ignorancia, incapaz de hacerse cargo de lo que está pasando.

Estas madres inmaduras y exigidas quedan presas de sus sentimientos ambivalentes y oscilan entre la permisividad y el rechazo, lo que torna su conducta sumamente imprevisible. Cuando el comportamiento transgresor del hijo colma su capacidad de tolerancia, lo rechazan y expulsan de su lado, a veces con verdadera violencia física, desencadenando una respuesta igualmente violenta en el adolescente, en un círculo vicioso que lleva a la exclusión del joven del grupo familiar.

Frecuentemente, en las familias donde sólo uno de los hijos es adicto a drogas y el resto de los hermanos aparecen como socialmente integrados, se encuentra una tendencia a aislar al miembro estigmatizado como enfermo, concibiéndolo como una expresión

30. Mayer, Hugo: *Drogas: hijos en peligro*. El Ateneo, Pág. 91.

aislada, desvinculada del resto del grupo, que serían “los sanos”. Una persona conflictiva a la que es necesario aislar, desechar o delegar para que sea tratada por los especialistas, sin que los padres se consideren parte activa en la gestación de la situación problemática y se involucren en su resolución. En el momento en que resuelven el tratamiento del hijo “conflictivo”, estos padres delegan el problema en el equipo tratante, sin una verdadera comprensión de la situación problemática, que afecta a todo el grupo familiar. Otra variante de la misma situación la presentan los padres que se sienten tan culpables y avergonzados por no haber sido lo suficientemente “buenos padres” que, ocupados en sancionarse a sí mismos, no pueden ocuparse en poner límites y enfrentar la situación que el hijo está atravesando.

En concordancia con estas situaciones es frecuente escuchar en los centros de atención el reclamo de los familiares para que no se autorice a salir a los pacientes, porque su presencia perturba el funcionamiento de la familia, exigiendo que la institución funcione como un depósito o cárcel de donde no se pueda salir, evitando a los familiares, de esta forma, que deban enfrentar la difícil situación de controlar y limitar el comportamiento del hijo, o privarse a sí mismos de gustos que serían una invitación a la transgresión de las normas del tratamiento, como es la indicación habitual de no consumir alcohol bajo ninguna circunstancia. En familias donde las conductas transgresoras son frecuentes, pero sus miembros no son conscientes de ellas, estas indicaciones terapéuticas son sentidas como prohibiciones arbitrarias, difíciles de acatar.

El adolescente o el joven se encuentra así en una familia que no tiene un lugar para ellos, en una sociedad que tampoco lo tiene, y sin recursos emocionales propios para enfrentar sus conflictos adolescentes y pensar en un proyecto hacia el futuro. Que desde este desamparo y desesperanza se recurra al consumo de drogas y al alcohol para calmar la angustia y el sentimiento de vacío interior, hay un solo paso. Y si por la fal-

ta de dinero no se puede comprar lo deseado, recurrir a pequeños robos es una alternativa posible, así como también la utilización de drogas baratas y letales, como son los inhalantes o la pasta base. Se le ofrece así al joven la posibilidad de aumentar su sentimiento de autoestima, de obtener una sensación de omnipotencia y producirse un estado de confusión, utilizando sustancias que alteran las funciones de la percepción y el juicio.

Esto no significa que el joven que utiliza drogas para enfrentar la angustia que siente y no puede tolerar, inexorablemente se convierta en adicto irrecuperable, pero sí se puede afirmar que el camino se ha iniciado y si no recibe una ayuda adecuada y permanente durante el tiempo que lo necesite, es muy probable que por sí mismo no pueda encontrar los recursos para evitar el deterioro que se inicia con el consumo habitual. Por ello es determinante para el futuro del adolescente la actitud que asuma la familia ante la intuición o evidencia del consumo. Si al encontrarse ante esta situación los padres pueden tomar un papel activo para enfrentar el problema, y el hijo encuentra un espacio para hablar y ser escuchado, atendido y contenido en sus reclamos, este consumo puede quedar como una experimentación circunstancial, o ser resuelto como una difícil etapa del crecimiento, mucho antes de que se instale una conducta adictiva. Pero si en vez de encontrar una familia dispuesta a ayudarlo, con padres que a pesar de las dificultades que puedan estar atravesando se muestran disponibles para contenerlo afectivamente, el chico se enfrenta a la indiferencia, la complicidad, el reproche, la hostilidad o el rechazo, la posibilidad de frenar sus actitudes negadoras y escapistas dependerá solamente de sus propios recursos emocionales.

El consumo de drogas como mecanismo para escapar de conflictos que se sienten como intolerables, no es privativo de los púberes o adolescentes marginales, sino que atraviesa todas las clases sociales; aunque según el estrato al que se per-

tenezca se trate de otras drogas, más caras, y sean distintas también las formas de inicio en el consumo.

En los estratos medios o altos, la iniciación en el consumo se produce generalmente con compañeros del colegio compartiendo un cigarrillo de marihuana en lugares de veraneo, o en discotecas durante el fin de semana. Los chicos pobres generalmente se inician en el consumo más precozmente, inhalando pegamento y en los últimos años fumando “pacos”, en grupos de pares pero reunidos en la calle; después pueden tener acceso a la marihuana, y eventualmente a otras drogas más costosas, o continuar con la pasta base.

Podemos observar que en los estratos medios y altos el inicio en el consumo frecuentemente está asociado a la diversión, donde el descontrol que los jóvenes ligan al placer se alcanza más fácilmente bajo la influencia de drogas estimulantes que les permiten experimentar una mayor desinhibición sexual, mantenerse despiertos, bailando y activos durante muchísimas horas, aumentando, además, lo que ellos consideran un mejor rendimiento sexual. Estas sustancias estimulantes les permiten obtener, según sus expectativas, la máxima eficiencia, cuando después de haber estado toda la noche bailando, pueden permanecer despiertos como para ir a trabajar o estudiar. En estas ocasiones suelen hacer una combinación que puede tener resultados letales: con el fin de eliminar la resaca de la borrachera, consumen bebidas energizantes (ricas en cafeína), de venta libre, que los excita, les da sensación de lucidez, y no pocas veces desencadenan un infarto masivo.

El consumo de pegamento o alcohol, que observamos en los púberes de los estratos sociales más bajos, suele producirse a edades tempranas en situaciones en las que los chicos se encuentran solos y angustiados, alejados de sus familias por las situaciones conflictivas que los afectan, o huyendo de la violencia familiar, y enfrentan los sentimientos displacenteros y el miedo con el embotamiento que estas drogas les producen.

Se puede hablar de una carrera adictiva, que comienza con el uso de drogas blandas y cerveza, y termina con drogas duras o inyectables.

Nos decía A. Rascovsky: “Hay una patología autodestructiva en los adolescentes que se hace más comprensible a través de la ya mencionada identificación con la fantasía filicida inconsciente de sus propios padres o, probablemente, de toda su constelación familiar”³¹, a la que hasta ahora sólo se ha podido dar respuesta desde la represión indiscriminada o desde la total falta de límites, alimentando una espiral de violencia en la que los jóvenes responden agresivamente a los adultos en general: los padres, las autoridades, las instituciones, y también actúan así entre ellos mismos.

“La ‘sociedad’, o el sistema, los estimula y protege para el uso de drogas, los marginaliza en el trabajo engrosando la aterradora masa de desempleados o sub-empleados, los aplaude en sus exteriorizaciones más violentas, especialmente en las deportivas o las directamente antisociales, y se transforman en noticia cuando su muerte es masiva e irresponsable.”³²

La crisis de la familia en una sociedad desigual

Como vemos una y otra vez, no es posible entender el fenómeno de la drogadicción sin analizar la sociedad en la cual el fenómeno se produce y reproduce. “La nuestra es una cultura cada vez más deshumanizada. Desarrollar una adecuada parentalidad, ha pasado a ser un lujo, tanto para los pobres como para los ricos.”

31. Rascovsky, Arnaldo y colaboradores: *La Universalidad del Filicidio*. Legasa. Pág. 160.

32. Idem, Pág. 160.

“Hemos contaminado también nuestro tiempo. Ya no hay tiempo ni para los hijos: vivimos una existencia tóxica: ofrecemos a las nuevas y futuras generaciones una herencia tóxica.”³³

Esta etapa de la evolución del sistema económico y la forma que ha tomado la organización del trabajo en las últimas décadas, han tenido consecuencias devastadoras sobre el funcionamiento de las familias. Tanto para los que trabajan, que deben hacerlo durante largas jornadas de más de diez horas, y muchas veces en condiciones de precariedad y exigencia sumamente estresantes, padeciendo el temor de ser despedidos, como para los que han quedado desocupados, fuera del mercado laboral o con enormes dificultades para reinsertarse estable y formalmente en él, las consecuencias de la modificación unilateral del contrato laboral han sido muy perjudiciales.

Estas condiciones laborales y sociales generan sentimientos de desvalorización que destruyen la autoestima, y no sólo tienen secuelas a nivel económico, considerando las miles de familias que se han empobrecido o a duras penas pueden mantener los niveles de vida a los que estaban acostumbrados, sino también sobre los roles y el funcionamiento familiar, que se encuentran gravemente perturbados.

Los hombres, que han sido educados y preparados para ser el jefe del hogar, el proveedor de la familia, se han encontrado, luego de los cambios económicos de las últimas décadas, desempleados o con trabajos por debajo de su capacitación, imposibilitados de sostener económicamente a su familia y cumplir el rol que habían previsto para sí mismos, sintiéndose indignos e inútiles. Se desencadenan así, como consecuencia, procesos depresivos y graves enfermedades psicosomáticas.

33. Kalina, Eduardo: Op. Cit. Pág. 27

Cuando los padres de familia no trabajan o tienen trabajos irregulares —no sólo legalmente informales, sino también discontinuos en el tiempo (lo que llamamos “changas”)—, y han pasado de esta forma a integrar la categoría de los subocupados, o sea el grupo de personas que quieren trabajar más horas pero no lo logran, su identidad psíquica y social sufre un rudo golpe. Como consecuencia de esta situación, estos hombres y sus familias se ven perniciosamente afectados no sólo económicamente sino también en su vida diaria, ya que su cotidianidad ha sido grave y persistentemente alterada.

La vida diaria de las familias e individuos se organiza a través de momentos regularmente alternados de trabajo y ocio; la vida hogareña se organiza con los diferentes horarios de estudio y trabajo de los miembros de la familia; si estos ciclos están alterados y los momentos de ocio se extienden indefinidamente por causas imposibles de manejar, todos los días se presentan iguales y es muy difícil organizarse, ya que las actividades y rutinas cotidianas quedan vacías de contenido.

Las personas desocupadas o subocupadas, y en general todos los que han perdido sus trabajos habituales, se encuentran con que también han perdido su grupo de pertenencia y referencia, el que formaba parte de su identidad como persona y como ciudadano; ya que cuando se es económicamente activo se pertenece a una unidad de producción definida, a un gremio; se puede ser empleado de un banco u obrero en una fábrica y esta actividad laboral define un status social y un rol. El grupo al que se pertenece tiene características y pautas propias, que lo definen a uno mismo y a la vez lo diferencian de los demás. Cuando esta ubicación social falta, hay una pérdida de la identidad, predominan los sentimientos de no ser de ningún lado, de no estar en ninguna parte, de ser prescindible, un marginado social, o sea estar en los bordes, afuera de la sociedad. Entonces, la depresión y el resentimiento son casi inevitables.

Los hombres embargados por sentimientos de impotencia pueden ir paulatinamente abandonando la función paterna, delegándola en la madre o en un tercero. Tanto el hombre como la mujer sumergidos en esta situación, tienen sentimientos de haber perdido cosas muy valoradas, y generalmente una escasa comprensión de las razones por las que esto sucede; no se entiende el presente y se teme el futuro, a la vez que aparecen sentimientos de culpa y autoincriminación por lo que les está sucediendo.

Después de varias décadas de precariedad laboral y un aumento exponencial de las desigualdades sociales, que han sido el resultado de un modelo económico salvaje donde el único objetivo es la ganancia económica desmesurada y sin importar su costo, nos encontramos con dos generaciones que no han logrado vivir dignamente con el producto obtenido de su trabajo y que han sido bombardeadas desde los medios de comunicación con un modelo de “conducta ganadora” donde la riqueza frecuentemente es consecuencia del latrocinio y la inescrupulosidad: “nadie se hace rico trabajando”. Se ha perdido así la cultura del trabajo y la satisfacción por el logro que se obtiene luego del esfuerzo sostenido, ya que todo debe ser inmediato, favoreciendo una concepción mágica y facilista de los logros. Se ha promovido el desprecio por la honestidad, y los límites impuestos por las leyes y el respeto al otro, instalando un paradigma perverso de funcionamiento.

En muchas de estas familias víctimas del proceso de exclusión social, las mujeres han pasado a ser el único sostén familiar, tanto económica como emocionalmente, sintiéndose ellas mismas abandonadas, desprotegidas, vulnerables, angustiadas y abrumadas por el peso de sus responsabilidades.

Dice Winnicot: “aquellas madres que por su naturaleza son capaces de prestar un cuidado satisfactorio, son susceptibles de ejercer mejor su cometido si ellas mismas son objeto de unos cuidados que tengan presente la naturaleza esencial de la

misión a ellas encomendada...”³⁴. Estos conceptos se pueden aplicar apropiadamente a la situación en que se encuentran muchas mujeres que, pertenecientes a los grupos sociales empobrecidos, deben enfrentarse a la maternidad sin el amoroso y satisfactorio acompañamiento de su pareja. Es esperable que las madres que atraviesan esta situación cumplan su función de manera fallida, ya que ellas mismas están confundidas, sobre-exigidas y carentes de referentes sociales.

La función materna puede ejercerse cuando es sostenida por la función paterna. Sucede que cuando esta relación se vuelve excesivamente asimétrica, madre e hijo no pueden separarse adecuadamente, obstaculizándose seriamente el proceso de individuación adolescente, “quedando la mujer aferrada a su hijo en una relación teñida por lo incestuoso y con un exceso de violencia primaria”³⁵, que suele con frecuencia inducir actuaciones violentas en los jóvenes.

Se han destruido las normas que sostienen la trama social, y la anomia impide saber qué esperar del otro y de uno mismo. Los sentimientos de resignación y fatalismo ante lo inexorable invaden a las personas en proceso de pauperización. ¿Cómo podrán estos papás y estas mamás sostener sus funciones parentales, enfrentar y satisfacer los requerimientos de sus hijos en crecimiento?

Con padres que trabajan largas jornadas durante seis o siete días a la semana o que han quedado fuera del mundo del trabajo, y madres que deben trabajar esa misma cantidad de horas, o “hacer magia” para vivir con un plan social, en una sociedad que no ha previsto instituciones para el cuidado y educación de los niños, la consecuencia inevitable es que éstos queden solos.

En nuestro país, excepto en la ciudad de Buenos Aires, las escuelas estatales contemplan una jornada de medio día, no

34. Winnicott, D.W. y otros: *Donald Winnicott*, Trieb, 1978. Pág 46.

35. Rosbaco, Inés C.: *El desnutrido escolar*. Homo Sapiens Ediciones, 2000.

hay guarderías (las empresas ya no tienen obligación de proveerlas, y nadie las controla), ni clubes, ni ningún tipo de institución que se haga cargo de los niños y adolescentes cuyos padres trabajan y no cuentan con familiares directos para que los cuiden; en consecuencia, estos niños quedan abandonados, la sociedad no se ocupa de socializarlos, de convertirlos en ciudadanos responsables. Siendo la escuela el ámbito adecuado para que los niños adquieran los conocimientos básicos y además se formen como futuros ciudadanos, es imprescindible organizar la extensión de la jornada escolar en todo el ámbito nacional, tal como se está haciendo en Chile, y desde hace décadas se ha hecho en Cuba y los países centrales.

El actual presupuesto educativo y la Ley Nacional de Educación sancionada en diciembre de 2006, contemplan la progresiva extensión de la jornada escolar en todo el país; sin embargo, si no hay una efectiva y firme decisión política para efectivizarla, su concreción puede demorarse de manera indefinida, ya que para ello no sólo se requiere del cambio de la currícula sino también de una fuerte inversión en infraestructura.

Hacemos esta referencia a la escuela como el ámbito adecuado para la permanencia y contención de los niños y adolescentes, sin referirnos a la necesidad de aumentar y mejorar los contenidos escolares, no porque desconozcamos la trascendencia del tema sino porque no queremos dispersarnos entrando en el ámbito de la educación, que abarca una temática amplia y compleja en sí misma.

La adolescencia se caracteriza por los cambios sucesivos y permanentes en las áreas corporal, psíquica y social, y es esta situación de constante cambio lo que hace tan vulnerable al adolescente, ya que debe elaborar los duelos por la niñez perdida y crear capacidades y conductas que le permitan ingresar en la adultez. En este período de la vida, más que en ningún otro, los sentimientos de angustia e incertidumbre se alternan con los de omnipotencia, y esta inestabilidad emocional propia de este

período evolutivo se acrecienta ante la inseguridad que presenta el futuro en un mundo económica y políticamente inestable.

Ante los sentimientos de inseguridad y la consecuente ansiedad que éstos generan, se incrementan los sentimientos de negación omnipotente que impiden a los adolescentes elaborar estrategias realistas hacia el futuro; se sumergen así en una confusión que los paraliza y los impulsa a aislarse en salidas ilusorias, que les evita pensar y tener que enfrentar sentimientos que son una mezcla de rabia e impotencia que no pueden tolerar.

Como resultado de una situación económica que ha sumergido a la mitad de la población en la pobreza y de una sociedad que no sabe qué hacer con sus jóvenes, es decir con su propio futuro, tenemos una gran cantidad de adolescentes y adultos jóvenes que no estudian ni trabajan, que pasan sus días sin nada para hacer, sentados en grupo con sus amigos en las esquinas, mirando pasar el tiempo mientras se entretienen tomando cerveza primero, y consumiendo drogas después. En una sociedad que ha perdido la cultura del trabajo, que no ha podido crear un proyecto hacia el futuro que incluya a todos los ciudadanos, la propia vida y la de los demás no valen nada.

Hay una estrecha relación entre la dependencia psicológica y social no elaborada y la dependencia de las drogas: cuanto más difícil sea el tránsito de la dependencia infantil a la independencia adulta, más aumentan las posibilidades de que el joven recurra a las drogas para poder soportar una existencia carente de sentido.

En la adolescencia hay aspectos en las formas de relacionarse que favorecen la aparición de conductas adictivas, que son propias del complejo proceso que debe realizar el joven para convertirse en un sujeto autónomo, independizándose de los padres; en este proceso de individuación, inevitablemente debe confrontarse con la ley de la cultura y su representante, el padre o quien asuma la función paterna. “Una relación conflictiva con la dependencia y la ley, y por desplazamiento con todas las leyes, y con todo representante de la ley o las leyes, es

inherente al proceso de individuación adolescente, al proceso de convertirse en un sujeto autónomo que para ello debe superar, o resolver, la sujeción o dependencia de sus padres. La drogadicción puede entenderse a partir de estos enlaces, en la mayoría de los casos, como un fracaso en la individuación del adolescente³⁶. Los adolescentes, “en su fracaso en las identificaciones, pueden llegar a morir ‘heroicamente’, o pueden dejarse destruir en un estereotipo de vida que la sociedad le facilita, creándose, para su precario uso, un ‘self marginal’, en el cual, sobre una estructura melancólica, se entremezclan aspectos psicopáticos, perversos, adictivos y psicóticos”³⁷.

La personalidad y la psicopatología que presentan los adolescentes están fuertemente condicionados por la estructura familiar en la que han crecido. Como ya hemos dicho, en la práctica diaria comprobamos que todos los adolescentes o adultos jóvenes que ingresan a las instituciones para recuperarse de adicciones, tienen historias familiares sumamente complejas, y en muchas ocasiones carecen totalmente de familia, con la particularidad en este caso de que han crecido alternando su hábitat callejero con instituciones para menores, padeciendo la más de las veces un serio daño psíquico.

La situación de los chicos pertenecientes a los estratos sociales marginales y que ingresan en el circuito del consumo de drogas y la delincuencia, es la que ocupa los titulares de los diarios y los noticieros; pero ellos no son las únicas víctimas, también las hay en cantidades cada vez mayores en las clases medias y altas, donde las familias también son presionadas por un sistema social injusto, individualista y descontroladamente consumista, hasta desintegrarlas. Sin embargo, no podemos

36. Arias, José y otros: *La familia del adicto y otros temas*. Nueva Visión, 1990, Pág. 143.

37. Rascovsky, A.: Op. Cit. Pág. 160.

desconocer que los adolescentes de las clases sociales más acomodadas se encuentran más protegidos por la misma estructura social, ya que tienen acceso a mejores de sistemas de salud y a otros recursos de la sociedad —educativos, legales, laborales, etc.— que les permiten recuperarse; esto explica por qué son los chicos pobres los que más frecuentemente quedan atrapados en las adicciones.

Como afirmamos anteriormente, una característica en común que poseen las familias de los jóvenes adictos es que alguno de los padres, o ambos, presentan conductas adictivas, aunque las mismas no sean detectables a simple vista, ya sea porque se trata de drogas legales, como psicofármacos, alcohol o tabaco, o porque son conductas que no resultan muy evidentes o no son sancionadas, tales como el juego, la comida o el trabajo excesivo; pero se puede afirmar sin lugar a dudas que son familias con conductas adictivas. Esta capacidad de pasar desapercibidos por tratarse de comportamientos socialmente tolerados y hasta estimulados, tiene como consecuencia que no se cuestione seriamente, por ejemplo, que un padre esté ocupado durante más de 10 horas diarias, incluso los fines de semana, y no participe en ninguna de las actividades que desarrollan sus hijos porque se lo impiden sus compromisos laborales o sociales relacionados con su trabajo; o que en la casa se consuman habitualmente varias botellas de cerveza por día, además de vino y otras bebidas alcohólicas, y no se lo considere sancionable.

En un medio familiar donde las conductas adictivas son cotidianas y “normales”, es fácil que suceda que un hijo esté consumiendo drogas o alcohol durante los fines de semana y nadie se percate de ello hasta que el consumo se haya convertido en algo habitual y excesivo, aparezcan conductas antisociales que generan alarma —como puede ser el fracaso escolar—. o se haya “descubierto” que frecuenta amigos que podrían calificarse como “malas compañías”.

Por otra parte, sucede que cuando la familia intuye que alguno de los hijos consume drogas, hace lo posible por desechar la idea, negándose a indagar sobre el problema, ante el temor y la angustia que le generaría la confirmación de la sospecha y las dificultades que sienten para abordar el tema. En consecuencia, sólo se reconoce el problema cuando ya se ha instalado un cuadro de dependencia, etapa en la que la realización de un tratamiento adquiere mayor complejidad. Al respecto, los padres de un adolescente de 17 años, que había estado consumiendo cocaína durante más de dos años, en tres años no había podido terminar el primer año de la escuela secundaria, y no desarrollaba ninguna actividad diurna, afirmaban que nunca habían desconfiado de las actividades y de los amigos del hijo “porque los conocían desde que eran chiquitos”, pero que seguramente la causa de su adicción eran estas malas compañías que frecuentaba, y en quienes ellos habían confiado de buena fe.

Las conductas adictivas habituales que se mantienen dentro de la legalidad, en uno o más miembros de la familia, y que persisten aunque desde el discurso verbal parental se afirme que no se deben consumir drogas debido a su peligrosidad, surgen al adolescente en la confusión generada por el doble mensaje. Estos comportamientos, lejos de enseñar a los hijos a ser coherentes entre el decir y el hacer, y la forma adecuada de calmar la angustia frente a las dificultades de la vida, “le aportan modelos donde la espera y el controlar los impulsos se sustituyen por el consumo de drogas”³⁸.

Dentro de los modos de funcionamiento de esta sociedad que podemos considerar claramente favorecedores del consumo de drogas, no podemos olvidar el consumismo. Vivimos en un sistema económico y social donde predominan los com-

38. Musachio de Zan, Amelia; Casarino, E. y otros: *Drogadicción*. Paidós, 1992. Pág. 103.

portamientos exitistas, y se valoran las relaciones de acuerdo al potencial beneficio económico o social que pueden ofrecer. Una sociedad que persigue un consumismo sin límites, donde “eres lo que tienes”, y en la que el consumo irreflexivo de todo tipo de objetos es altamente valorado y asimilado al éxito y la felicidad, no puede extrañarse de que sustancias que se promocionan como facilitadoras del placer, la diversión y como recursos infalibles para olvidar los sentimientos desagradables de la vida, sean consumidos impulsiva y ávidamente por quienes sienten que no pueden alcanzar esos objetivos recurriendo a su propia capacidad.

Capítulo III

El tratamiento de la adicción a las drogas

El tratamiento en comunidad terapéutica

La comunidad terapéutica se ha ido afirmando con el transcurso de los años como el modelo clásico de tratamiento para la drogadicción; sin embargo a pesar de su probada eficacia, es necesario señalar que la internación no es el único recurso con que se cuenta para el tratamiento de las adicciones, sino el que se utiliza cuando ya los anteriores han fracasado, el paciente se expone a situaciones de riesgo que no puede reconocer y la familia ya no es efectiva como factor de contención y cuidado, o no se ha logrado frenar el consumo durante el tratamiento ambulatorio. También está indicada esta modalidad cuando es necesario realizar un tratamiento de deshabituación; se ha producido un episodio de sobredosis, o una reacción psicótica aguda consecuencia del consumo de marihuana, hongos alucinógenos, LSD o anfetaminas, y otras situaciones en las que el sujeto y/o su familia sientan que es necesario extremar las medidas de cuidado para frenar el consumo.

Con el incremento de las patologías adictivas y los consiguientes tratamientos bajo la modalidad residencial, el concepto de comunidad terapéutica se ha ido extendiendo, abarcando instituciones de características muy distintas y que responden a diversas

concepciones ideológico-científicas, en ocasiones casi opuestas. En nuestro país existen comunidades terapéuticas psicoanalíticas, conductistas, y religiosas, tanto católicas como de distintos cultos evangélicos, y todas las combinaciones posibles; teniendo en cuenta su ubicación las hay urbanas y rurales, y también pueden ser privadas o estatales. Esta amplia gama es en gran parte, pero no únicamente, resultado de las limitaciones presupuestarias que enfrentan las instituciones tanto públicas como privadas, y la necesidad de adaptarse a las mismas.

Las condiciones económicas siempre inciertas, características de la República Argentina y de la mayoría de los países de la región, han facilitado la proliferación de instituciones dependientes de la caridad y en consecuencia con fuerte ligazón con organizaciones religiosas, las que le imprimen su particular enfoque ideológico-terapéutico. En los últimos años la escasez de recursos económicos para atender esta problemática siempre en aumento, ha tenido como consecuencia el cierre de muchas instituciones y la fuerte limitación presupuestaria en otras. Los centros de tratamiento organizados a partir de un abordaje multidisciplinario con un enfoque centrado en terapias psicológicas, sean éstas psicoanalíticas, sistémicas, o de otra orientación, requieren de un staff profesional muy amplio y altamente capacitado, que resulta muy costoso de mantener.

La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial, cuyos orígenes se deben a Maxwel Jones, psiquiatra que trabajó en Inglaterra en la década de 1950 y lideró un movimiento que se fue gestando como oposición a la psiquiatría tradicional. En la organización habitual de los hospitales psiquiátricos el médico psiquiatra ocupaba el vértice de la pirámide, seguido por los otros profesionales, luego el personal de enfermería y en último lugar los pacientes, quienes no tenían ninguna capacidad de decisión acerca de su tratamiento y apenas si eran escuchados, se los mantenía aislados, y la mayoría de las veces encerrados de por vida como pacientes crónicos.

Con el objetivo de romper este aislamiento característico de los hospitales psiquiátricos y la rigidez de sus estructuras, surgió este movimiento que se conoció como antipsiquiatría y cuyas características fundamentales fueron la búsqueda de la horizontalización de la relación médico-paciente, y la necesidad de favorecer la vinculación del enfermo psiquiátrico con el afuera del hospital. Como instrumento básico para lograr estos objetivos, adoptaron la asamblea diaria de pacientes y personal.

La comunidad terapéutica para el tratamiento de adicciones con la modalidad en que la conocemos en la actualidad, tuvo su origen en Estados Unidos también en la década de 1950 por la iniciativa de un alcohólico recuperado miembro de Alcohólicos Anónimos, que comenzó a recibir en el grupo de alcohólicos que funcionaba en su casa a adictos a la heroína; y más tarde, al darse cuenta de que la estructura de AA no era adecuada para el tratamiento de estas personas, introdujo la modalidad residencial. En 1958, Synanon fundó la primera comunidad terapéutica para la rehabilitación de drogadictos. Como desprendimiento de Synanon, en 1963, en Nueva York, se fundó Daytop, que incorporaba profesionales en el equipo tratante. A partir del modelo de Daytop se creó en Italia el Proyecto Hombre. Ante los resultados satisfactorios obtenidos con estas experiencias, se fue extendiendo por todo el mundo la modalidad de comunidad terapéutica para la recuperación de drogadictos, y en la actualidad la gran mayoría de las instituciones continúa con estos lineamientos.

En las comunidades organizadas de acuerdo a este modelo, el paciente “ingresa a un sistema que se encuentra fuertemente normatizado, cuyas características, condiciones y exigencias se le manifiestan, explicitan y repiten con frecuencia. Las transgresiones a las normas se marcan con sanciones que se destinan a forzar su cumplimiento (...) Se marca la obligación de mantener la abstinencia, la prohibición de establecer vínculos de pareja, la ausencia de expresiones de violencia física, se elige la norma como

pauta de modificación de las conductas. Hay en ello cierto optimismo 'conductista' que en forma deliberada ignora los preceptos básicos de la psicología dinámica."³⁹

En nuestro país, el primer centro especializado en la atención de adictos fue el CENARESO (Centro Nacional de Rehabilitación Social), que se fundó en 1972; aunque las primeras experiencias de comunidad terapéutica con pacientes psiquiátricos severos se habían iniciado en la década de 1960, en hospitales públicos. Posteriormente, la continuidad de estas experiencias en hospitales psiquiátricos fue obstaculizada por los distintos intereses y factores de poder del ámbito mismo de la psiquiatría tradicional y entraron en un franco retroceso a partir de la última dictadura militar, que con su persecución obligó al exilio a muchos profesionales destacados en esta área. A partir de 1980 se fundaron las primeras comunidades terapéuticas dirigidas por adictos recuperados, siendo el pastor Carlos Novelli, con el Programa Andrés, quien encabezó este proceso en nuestro país. Estas organizaciones iniciales, con el tiempo fueron evolucionando y generando distintas modalidades asistenciales.

Con la experiencia obtenida después de varias décadas de trabajo con pacientes adictos en la modalidad de comunidad terapéutica, considerando las diversas formas de organización y los distintos encuadres terapéuticos que han ido apareciendo, estimamos como de más eficaz funcionamiento las instituciones que combinan el trabajo de profesionales (trabajadores sociales, médicos, psicólogos, etc.) con el de operadores no profesionales, teniendo en cuenta que estos últimos pueden ser, eventualmente, adictos recuperados que hayan recibido la formación adecuada.

Los adictos a drogas son sujetos con personalidades afectadas por serias psicopatologías y deben ser comprendidos y atendidos como tales; en consecuencia, requieren de la asistencia de profe-

39. Grimson, W.: *Sociedad de adictos*. Planeta, 1999, Pág. 187.

sionales capacitados para ello; sin embargo, también se observa que estos pacientes, en particular durante el tiempo inicial del tratamiento, suelen experimentar una gran desconfianza con relación a los profesionales, a los que clasifican como “caretas” (término que define a alguien que no es sincero, inauténtico), y a quienes consideran fácilmente manipulables, descalificándolos, partiendo del supuesto de que no están en condiciones de comprenderlos porque sus experiencias de vida han sido muy diferentes. Ante estas situaciones que dificultan la consolidación de un vínculo terapéutico, actúa facilitando la comunicación la articulación que se logra con la asistencia de otros operadores no profesionales, a los que los pacientes pueden sentir como más cercanos a su propia experiencia de vida, desde lo vivencial y cotidiano. Independientemente de que se opte por una organización totalmente profesional o mixta, ante la gravedad de las patologías que se tratan y las identificaciones que se producen en la situación de convivencia, que pueden dar lugar a todo tipo de manipulaciones, es sumamente importante que la dirección de la institución y de los tratamientos esté a cargo de profesionales de la salud mental sólidamente formados.

La situación de encierro y la interrupción del consumo de drogas que se produce como consecuencia de la internación obligan al sujeto a enfrentarse a la dependencia que padece. Sin embargo, la toma de conciencia de la drogadicción no es suficiente para hallar soluciones, sino que una vez superada la fase inicial del tratamiento debe profundizarse en la búsqueda de cambios profundos a través de la resolución de la patología de base del paciente, a través de “un complejo proceso de concientización sucesiva que va obligatoriamente acompañado del desarrollo de recursos que llamamos yoicos”⁴⁰. De la evolución de este proceso dependerá el éxito del tratamiento.

40. Musachio de Zan, Amelia y otro: *Drogadicción*. Paidós, 1992, Pág. 162.

En el proyecto institucional debe considerarse una permanente supervisión del trabajo de los miembros del equipo tratante y de la evolución del tratamiento de los pacientes. Para ello es fundamental que entre los miembros del staff la información circule fluidamente, y se actualice y evalúe permanentemente la evolución que diariamente presenta cada paciente, utilizando para este fin tanto las reuniones de equipo como las entrevistas, con el objetivo de prevenir las crisis que con frecuencia se presentan durante el tratamiento, tratándose de pacientes muy lábiles con una fuerte proclividad al *acting out*. El drogadicto es un paciente difícil de tratar, que presenta dificultades para establecer una alianza terapéutica sólida y genera con sus actitudes sentimientos de frustración en los profesionales que lo tratan, aumentando así las dificultades.

Sería importante que la institución esté integrada a un sistema de salud que ofrezca distintas opciones de tratamiento para los distintos momentos del proceso de recuperación. “Una red ideal debería estar constituida por instituciones de internación, de cura ambulatoria, de post-cura (casas de medio camino), comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda y tratamientos individuales y familiares. Esta red, si está bien instrumentada y funciona, permite ofrecer constantemente al adicto un lugar y una persona con la que pueda crearse un vínculo estable, un marco de contención...”⁴¹

Durante todo el tratamiento, y particularmente en la etapa de reinserción social del paciente, un papel muy importante juegan los acompañantes terapéuticos, que en muchos casos suplen a la familia y en otros la complementan. Estos acompañantes terapéuticos pueden ser profesionales, operadores psicoterapéuticos, o ex adictos que se hayan capacitado para trabajar como tales.

41. Musachio de Zan, Amelia y otros: Op. Cit., Pág. 314.

Además de la atención de su salud mental, es necesario pensar, para los pacientes más graves, que una vez superada la etapa de internación deberán incorporarse a lugares de trabajos protegidos que les permitan obtener sus propios ingresos y lograr su autonomía, a partir del momento en que empieza a plantearse la proximidad del alta, ya que excepto en los casos en que exista una seria discapacidad, todas las personas tienen derecho a acceder al trabajo. Sin embargo, teniendo en cuenta que se trata de sujetos que no están en condiciones de desempeñarse en un ambiente altamente competitivo y exigente como es el medio laboral habitual, se requiere de un ámbito más cuidado, acorde con sus capacidades, que les permita desempeñarse laboralmente en forma satisfactoria.

Con el objetivo de cubrir la necesidad de reinserción social de los pacientes, y partiendo del principio de que el trabajo si es satisfactorio es en sí mismo terapéutico, ya que incentiva la colaboración, la responsabilidad y la autonomía, en muchos proyectos de comunidad terapéutica está contemplada la generación y organización de emprendimientos laborales propios, que por un lado ofrecen un espacio de capacitación laboral, y por otro son una fuente de ingresos económicos. Hay programas que han organizado uno o varios emprendimientos laborales, como por ejemplo restaurantes, granjas, viveros, talleres de carpintería, etc.

Entre las experiencias que en el mundo se han desarrollado de acuerdo a este modelo integral de abordaje, podemos mencionar a modo de ejemplo, entre otros, el Grupo Abele⁴², que habiendo nacido en Italia extendió su acción a otros países y además de centros de tratamiento ha organizado distintos emprendimientos económicos, algunos bajo la forma de cooperativas, que incluyen vivero, reciclado de papel y otros

42. www.gruppoabele.org

materiales, carpintería y restauración de muebles, editorial, librería, universidad de la calle, etc. En Colombia, la organización Niños de Papel⁴³ ha montado una granja autosuficiente, un taller de artes gráficas, una carpintería, y ha iniciado una cadena de restaurantes llamados “Aroma”.

Todas las instancias de tratamiento, ya sean simultáneas o sucesivas, deben ofrecer una cierta coherencia en el enfoque para que el paciente no se sienta fragmentado o manipulado.

Esto no es lo que está sucediendo aquí y ahora, donde en la mayoría de los casos el paciente, una vez que ha cumplido el plazo establecido para el tratamiento, debe volver a vivir en su casa, con la misma familia que lo enfermó, y sin haber logrado afirmarse en un proyecto laboral o escolar autónomo, con proyección hacia el futuro, exponiéndose seriamente a recaer en el consumo de drogas ante la reiteración de las situaciones psicosociales que lo llevaron a convertirse en un enfermo adicto. La falta de posibilidades para reinsertarse laboral y socialmente es el más grave obstáculo que debe enfrentar el paciente que ha realizado un tratamiento de recuperación.

En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, en el año 2000, se sancionó una Ley de Salud Mental que contempla particularmente la temática referida a la externación de los pacientes psiquiátricos, como ya existe en otras provincias, pero aún no ha sido totalmente reglamentada y no se ha implementado su funcionamiento, que se encuentra demorado por intereses sectoriales, trabas burocráticas y dificultades presupuestarias.

En este último tiempo la SEDRONAR (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico) está implementando recursos, a través de grupos, cursos de capacitación y subsidios económicos, para los pacientes que egresan de la modalidad residencial; pero estos

43. www.ninosdepapel.org

proyectos se encuentran aún en la etapa inicial y no ha transcurrido el tiempo suficiente para evaluarlos. Por otra parte, esta Secretaría desarrolla la mayor parte de su acción en la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires, y la realidad nos muestra que la epidemia de las adicciones no se circunscribe a esta zona, sino que se extiende a todas las provincias, en las que se cuenta con muy limitados lugares de atención.

De la observación de la realidad en la que nos encontramos, se puede concluir que se mantiene aún una gran deuda con los enfermos adictos, con relación a brindarles una atención adecuada que les ofrezca un tratamiento integral que abarque los sucesivos momentos de su recuperación, y una vez recuperados los acompañe en su incorporación a la sociedad como sujetos autónomos.

El ingreso al tratamiento

Los pacientes que ingresan a un centro asistencial con el fin de realizar un tratamiento de recuperación bajo el régimen de internación, pueden hacerlo de dos formas: voluntaria o involuntaria. Una internación voluntaria, es decir decidida y solicitada por el sujeto o inducida por un familiar directo, requiere siempre el consentimiento por lo menos verbal del enfermo. Cuando ha sido decidida por un familiar a pesar de la opinión en contrario del propio interesado, o dispuesta judicialmente, se trata de una internación involuntaria.

Cuando se produce una internación a solicitud del propio paciente, que se siente angustiado, preocupado por su situación y en consecuencia demanda un tratamiento, o al menos ha podido expresar un pedido de ayuda, una parte de la recuperación ya ha sido iniciada, porque los mecanismos negadores y omnipotentes han disminuido lo suficiente y la persona ha logrado tomar conciencia de que está atravesando una situación problemática que debe enfrentar con ayuda especializada. Hay

comunidades terapéuticas que sólo aceptan internaciones voluntarias, basándose en el criterio de que no es posible realizar un tratamiento con quien no tiene conciencia de enfermedad y no siente necesidad de producir cambios en su vida.

Cuando se trata de internaciones involuntarias, es decir decididas por un tercero, que puede o no ser un familiar, es necesario tener en cuenta que se está disponiendo que permanezca en una situación de cierto encierro y aislamiento, dentro de una institución que no ha elegido, a una persona que no se ve a sí misma como enferma, que no ha solicitado hacer un tratamiento, y muchas veces tampoco está dispuesta a someterse a las exigencias que se le plantean en una institución, por lo que se opone activa, y a veces violentamente, a aceptar un tratamiento que no ha pedido, ni considera necesario.

El requerimiento a la Justicia de la internación de un miembro de la familia, se produce la mayor parte de las veces porque sus familiares directos, con los que puede o no convivir, ya se encuentran totalmente desbordados por la situación derivada de un consumo de larga data, que en muchos casos se agrava con un importante despliegue de violencia por parte del enfermo adicto que ya ha iniciado una escalada en el consumo. También es frecuente que en esta etapa, en la que su demanda de droga es muy alta, robe dinero u objetos de la casa para venderlos, y en otros casos también cometa robos a terceros, aunque este proceder lo exponga a otro tipo de consecuencias.

En este estado de consumo descontrolado, que puede derivar en lo que han dado en llamar estar “de gira”, es decir permanecer en estado de intoxicación durante varios días seguidos con sus respectivas noches, no es extraño que se produzcan episodios de violencia contra las personas o las cosas. Como consecuencia de las altas dosis de droga consumidas y el grado de intoxicación en que se encuentra, el sujeto ya ha perdido la conciencia de sus actos, y no puede tolerar la frustración

a que lo somete la familia cuando no quiere satisfacer su permanente demanda de dinero. En este estado es habitual que reaccione agresivamente hacia las personas que lo frustran.

Antes de continuar enumerando las distintas situaciones administrativo-legales con que es posible encontrarse en la etapa inicial del ingreso al tratamiento, se hace necesario aclarar que la ley 26.061, sancionada en el año 2005, modificó el régimen y status legal de los niños y adolescentes, y en consecuencia las incumbencias de los juzgados y los organismos de aplicación de dicha ley. En este cambio, una de las más importantes consecuencias en relación al tema específico que estamos tratando, es la disolución del Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia, y su reemplazo por otros organismos nacionales, provinciales y/o municipales, que todavía no se encuentran definitivamente delineados y organizados. Siendo federal la organización política de nuestro país, debemos tener en cuenta que en las distintas provincias rigen distintos procedimientos legales, y en algunas de ellas se están estudiando y realizando modificaciones en los códigos penales y de procedimientos con relación al narcotráfico, lo que conllevará cambios en el tratamiento que recibirá el adicto frente a las consecuencias legales de sus actos. Haciendo esta salvedad de que estamos en un momento de transición y que aún no es posible saber cuál será la organización definitiva que se adopte, continuaremos tratando las alternativas de ingreso al sistema de atención tal como se ha estado realizando hasta la actualidad, teniendo en cuenta que más adelante se presentarán modificaciones y que los organismos que se ocupen de esta problemática serán otros o por lo menos tendrán otros nombres.

En el caso de los adolescentes menores de edad, los padres pueden decidir su internación, pero en el caso de los mayores de edad, para que sean internados contra su voluntad se debe recurrir a la Justicia Civil, que en este caso dispondría su tratamiento bajo el régimen residencial como medida de cuidado y

atención, tal como lo establece el artículo 482 del Código Civil, que se refiere a la protección de personas.

Cuando la internación es voluntaria, la institución receptora debe, de acuerdo a lo previsto por la Ley de Salud Mental, comunicarla a la Defensoría de Menores e Incapaces que se encuentre de turno en el momento del ingreso, la que a su vez dará intervención o no, según lo considere procedente, a un juzgado civil. Si se considera pertinente la intervención de un juzgado civil, éste informará acerca de esta internación al Cuerpo Médico Forense, y de acuerdo a la evaluación que realicen estos profesionales, controlará la evolución del tratamiento del paciente durante el tiempo que permanezca en la institución.

Hasta tanto se sancione el régimen penal de menores que se encuentra en estudio, cuando se trata de menores de 18 años que han cometido un delito, o han sido víctimas de uno, intervienen los juzgados de menores; si son mayores de 16 años intervienen los tribunales penales para menores. Ahora bien, el delito cometido puede estar relacionado con la posesión de drogas, en cuyo caso está tipificado como delito federal, por lo que, de acuerdo a la jurisdicción en que se haya detenido a esta persona que tenía en su poder sustancias ilícitas, corresponde la intervención de un juzgado federal; por ejemplo, esto es lo que sucede en la ciudad de Buenos Aires.

En el caso de los delitos federales tiene competencia ese fuero aunque se trate de un menor de edad que padece una adicción, y nos encontremos ante la situación de que la mayoría de los jueces federales no tienen la formación adecuada para atender adolescentes que padecen una psicopatología, y tampoco cuentan con la suficiente cantidad de profesionales capacitados para atender casos que involucran a niños, adolescentes y padres, envueltos en situaciones familiares conflictivas.

El consumo y tráfico de drogas en la República Argentina está contemplado por la ley 23.737 de Régimen Penal de Estupefacientes, que condena a una "pena de un mes a dos años de

prisión cuando, por su escasa cantidad y demás circunstancias, sugiera inequívocamente que la tenencia es para uso personal". La infracción a esta ley es competencia de la Justicia Federal, pero en la actualidad hay proyectos que promueven la modificación del procedimiento para los casos de tráfico de poca cantidad, con el objetivo de que las causas sean tramitadas en la Justicia Penal ordinaria; por ello en el futuro es probable que se modifique el fuero judicial que intervenga en estas cuestiones.

La ley 23.737 penaliza el consumo con una condena que, si bien no es de cumplimiento efectivo, parte de considerar como delincuente a quien padece una adicción a sustancias previamente clasificadas como ilegales, ya que no se incluyen el alcohol, los psicofármacos, u otros medicamentos que se utilizan por sus efectos psicoactivos, pero cuya venta está autorizada.

Ahora bien, una vez dispuesta por el juzgado que haya intervenido la internación del adicto, la institución que lo recibe debe, con cierta perioricidad preestablecida, informar al mismo por escrito acerca de la evolución del tratamiento, así como del alta del paciente cuando ésta se produzca, y a partir de la cual cesará la intervención judicial en la mayoría de los casos.

La cobertura económica del tratamiento se puede hacer en forma particular, lo cual es privativo de las familias con una situación económica que se los permita, o por intermedio de organismos prestadores de salud, que pueden ser obras sociales o empresas de medicina prepaga. En el caso de que el paciente no cuente con ninguna de estas alternativas, puede recurrir al sistema estatal de atención.

El Estado cuenta con distintos organismos nacionales y provinciales para la atención de las drogadicciones. La SEDRONAR, es el organismo que se ocupa a nivel nacional de la atención de las adicciones, y actúa derivando al paciente a alguna de las instituciones contratadas para ese fin. También es posible recurrir a las instituciones que forman parte del sistema

de salud pública, como los servicios de psicopatología de los hospitales generales o, en algunas ciudades, los servicios de adicciones de los hospitales psiquiátricos; y en la ciudad de Buenos Aires, el Centro Nacional de Rehabilitación Social (CENARESO), que es la institución especializada en el tema.

En cualquiera de estas situaciones, la cobertura económica abarca un período limitado de tiempo, que generalmente no supera el año de internación, y en algunos casos excepcionales puede contemplar períodos variables, pero también limitados, de tratamiento en hospital de día y ambulatorio.

Este tiempo previsto para el tratamiento es muy breve, considerando la gravedad de estas patologías, aun en el caso de los pacientes que puedan presentar una respuesta claramente favorable. Es necesario tener en cuenta que cuando se trata de tratamientos en la modalidad de internación, nos estamos refiriendo a jóvenes que tienen un muy prolongado y fuerte compromiso con las drogas y una patología de base que excede a la neurosis, a lo que hay que agregar un tiempo más o menos prolongado de vivir en la calle o en situaciones de marginalidad y violencia, que también producen daño psíquico y en la mayoría de los casos también físico. Resolver estas situaciones de crisis aguda, estabilizarse y comenzar un proyecto de reinserción social, ya sea escolar o laboral, exitoso, en un período de un año, es algo sumamente difícil de lograr. Por esta razón son frecuentes las recaídas transcurrido un cierto tiempo, después de dada el alta de la internación: no se ha realizado el tratamiento adecuado durante el tiempo necesario para afianzar los logros obtenidos durante la residencia, en patologías que por definición tienen un pronóstico reservado.

En el caso de los jóvenes menores de edad que han sido internados, este tiempo previsto para su recuperación, puede presentarse como más flexible cuando la derivación ha quedado a cargo de la Secretaría Nacional de Niñez, Adoles-

encia y Familia (SENNAF)⁴⁴, ya que existe la posibilidad de que la misma se pueda extender hasta que alcanzan la mayoría de edad a los 21 años. Esta extensión en el tiempo permite, si la internación se ha producido en los primeras etapas de la dependencia (aunque esta situación es poco frecuente), que el joven sea dado de alta cuando ya ha mantenido un tiempo más o menos prolongado de abstinencia en el consumo, logrado afianzar un proyecto de reinserción social, y concretado modificaciones en la vinculación familiar.

Hemos dicho que la situación de que un joven sea internado para hacer tratamiento en los comienzos de la adicción es poco probable, y esto es así debido a que el CONNAF no es un organismo de salud pública sino de atención de niños y adolescentes en riesgo social; razón por la cual sólo interviene cuando el joven ya está en un serio riesgo físico y psíquico por un consumo descontrolado, y su conducta ha provocado la intervención de alguna persona o institución que ha reaccionado alarmada ante el conocimiento de la situación en que se encuentra el joven en cuestión; que la familia, sintiéndose incapaz de limitarlo, se haya visto obligada a solicitar su intervención; o que el adolescente haya cometido algún delito por el cual ha intervenido la Justicia, ordenando luego su internación. Si no se producen estas situaciones extremas, este organismo no dispone la realización de un tratamiento que incluya la residencia en una comunidad terapéutica.

Ante situaciones de riesgo social el CONNAF cuenta con diferentes recursos, de acuerdo a los distintos programas asistenciales que ha implementado, con el objetivo de contener la situación dentro de la familia; y en la mayoría de los casos trata de resolver los problemas de drogadicción con tratamientos ambulatorios.

44. Actualmente SENNAF. En la ciudad de Buenos Aires de estas situaciones se hace cargo la Dirección de Niñez y Adolescencia.

Aun en el caso de que distintos profesionales hayan indicado la modalidad de internación para realizar el tratamiento de recuperación, que el mismo se pueda concretar depende de que haya presupuesto disponible con este fin y de que las autoridades políticas del Connaf tengan una actitud favorable hacia dichos tratamientos. Al respecto hemos podido comprobar que, particularmente en el período comprendido entre los años 1999 y 2004, la dirección del CONNAF (antigua sigla del organismo, por entonces Consejo Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia) negaba sistemáticamente la atención bajo el régimen de residencia a los adolescentes que presentaban una patología adictiva.

Es habitual que en los centros asistenciales se reciba a madres y padres que relaten una larga peregrinación, que puede durar meses, desde los juzgados civiles al Connaf y viceversa, tratando de conseguir una orden de internación en una institución en la que su hijo pueda ser atendido. Así como también, de acuerdo a lo antes mencionado, ha habido períodos en que por decisión política de las autoridades de dicho organismo no sólo no se brindaba atención a quienes la solicitaban por propia iniciativa, sino que además se desconocían las disposiciones de internación emitidas por los juzgados, y en consecuencia los adolescentes adictos quedaban en la calle a merced de sus conflictos. Cabe reiterar que en estos casos nos estamos refiriendo a jóvenes adolescentes que, padeciendo una adicción de tres años o más, han estado consumiendo diariamente varias dosis de una o más sustancias, y que en muchos casos han permanecido durante varios días fuera de su casa, regresando en muy malas condiciones físicas y psíquicas, para volver a irse al poco tiempo.

Para ejemplificar esta situación, podemos retomar el caso de Mario F., quien fue internado a los 16 años para que se recuperase de su adicción a la marihuana y la cocaína. Una vez integrado a la comunidad terapéutica, y dado su manifiesto interés en terminar la escuela primaria que había abandonado

hacia varios años, se realizó su evaluación psicopedagógica y se lo inscribió en la escuela domiciliaria que funciona en la institución, para realizar el segundo y tercer nivel de la misma. Estableció allí un muy buen vínculo con el maestro, y con respecto a ello debemos recordar que para todo adolescente, y más aún para uno que ha carecido de figuras parentales adecuadas, es muy importante mantener un vínculo estable y confiable con un hombre. Así fue que con la enseñanza del maestro y con un sostenido apoyo psicopedagógico logró aprobar séptimo grado. Luego de muchas dudas de su parte y a pesar de la actitud saboteadora de la madre, que le manifestaba su necesidad de que trabajara y aportara económicamente al hogar, se propuso empezar la escuela secundaria. Con ese fin se lo inscribió en un bachillerato para adultos; mientras tanto, se le brindó apoyo psicopedagógico permanente para reforzar su aprendizaje, organizar un método de estudio y la realización de las tareas escolares, ampliar su vocabulario y poder aprender otro idioma (obligatorio en la currícula del nivel medio, inglés en este caso), adquirir la capacidad para comprender un texto, aprender a manejar los buscadores de Internet, etc. Tres años después de su ingreso a la comunidad, está cursando exitosamente la escuela secundaria, y es esperable que cuando a los 21 años egrese de la institución, esté en mejores condiciones para incorporarse al mercado laboral y terminar sus estudios. Sin duda, podemos afirmar que Mario ha realizado un proceso de recuperación; primero logró superar su adicción y luego afianzar un proyecto de reinserción social, sin cortar los lazos con su familia; pero para lograr estos objetivos se necesitó contar no sólo con su propia capacidad e interés en recuperarse, sino también con el tiempo suficiente para que estas capacidades pudieran desarrollarse y afirmar los logros que iba obteniendo.

La falta de presupuesto suficiente ha sido la causa siempre presente en las demoras y dificultades para atender los tratamientos de los drogadictos. Si bien en estos últimos años el

presupuesto de la SEDRONAR se ha incrementado, fue de sólo 10 millones de pesos en el año 2004, y el del CONNAF fue de más de 120 millones para el año 2005.

Con respecto a la atención privada por parte de obras sociales y empresas de medicina prepaga, desde la sanción de la Ley de Prestaciones Básicas Obligatorias, las mismas se encuentran obligadas a cubrir los tratamientos de los enfermos adictos a drogas y de los afectados por el VIH; sin embargo, el interés en atender a este tipo de pacientes es muy escaso, porque los tratamientos son largos y costosos, y esto se convierte en una seria limitación cuando el objetivo fundamental no es la curación de los enfermos, sino el lucro, que es lo que sucede con estas empresas del área de la salud.

Como se desprende de esta descripción, son muy pocas las personas que padeciendo un problema de adicción pueden acceder a un tratamiento adecuado durante el tiempo necesario para lograr una recuperación perdurable en el tiempo; y esta situación es notablemente más grave si la familia del adicto no cuenta con dinero suficiente para costear el tratamiento por sí misma y depende de los organismos de salud pública.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones presupuestarias y del desinterés político sobre la problemática adictiva y por la salud mental en general, ha habido y aún hay muchos funcionarios, tanto a nivel nacional como provincial, que intentan optimizar los recursos con que cuentan para mejorar la atención y hacerla extensiva a la mayor cantidad de gente posible. Pero sucede que estas políticas son aisladas y discontinuas, obteniendo como resultado final que quedan esterilizadas, ya que para que sean efectivas deben aplicarse en forma planificada y sistemática por largo tiempo, y esta condición está ausente al depender de la buena disposición de los funcionarios de turno, que cambian frecuentemente. Al no haber una política de alcance nacional que abarque la totalidad de la problemática de las adicciones, los programas aunque sean buenos, se aplican durante el tiempo que permanece en el cargo

el funcionario político que lo organizó, y cuando éste ya no está en esa función el plan se interrumpe, para empezar otro diferente. Con este proceder se logra que lo que debería constituirse en una espiral de crecimiento, quede aislado, fragmentado y sin trascender la asistencia inmediata.

La comunidad terapéutica

En la comunidad terapéutica, la idea rectora es la democratización de la relación entre los profesionales y los pacientes, favoreciendo la comunicación en un medio afectivamente continente y con reglas de convivencia claras, procurando que el adicto sea un partícipe activo de su propio tratamiento. Se pretende así que el sujeto pueda entrar en contacto con sus conflictos y dificultades, comprender lo que le está sucediendo, conocer los sentimientos que lo impulsan a refugiarse en las drogas, y lograr que pueda hablar al respecto disminuyendo la fuerte impulsividad que padece. Por esta razón, en el funcionamiento de una comunidad terapéutica, cualquiera que sea su orientación, la herramienta fundamental es la asamblea diaria, donde tanto profesionales como pacientes hablan de los conflictos surgidos durante el transcurso del día, de la organización de las actividades cotidianas, el ingreso y egreso de pacientes, y todo tipo de cuestiones relacionadas con la vida cotidiana de ellos mismos y la institución. Se trata de poner en palabras las dificultades y problemas que surgen tanto entre los pacientes, como entre pacientes y profesionales, desechando el discurso autoritario donde los profesionales, depositarios del saber, disponen de los internados, depositarios de la enfermedad mental.

En el funcionamiento de las comunidades terapéuticas, al ser una modalidad residencial, la convivencia es la característica básica. Teniendo en cuenta que el lazo social de sus miembros es

inexistente o está gravemente deteriorado y que el restablecimiento de estos lazos es un objetivo central, es sumamente importante que las reglas de funcionamiento sean pocas, claras, precisas y conocidas por todos.

Las reglas con las que cada institución se maneja son variables, y dependen de la ideología y del marco teórico en el que la misma se sustenta, pero hay normas básicas que se encuentran presentes en el trabajo de todas las comunidades, y que podrían resumirse en las siguientes:

1. Ni drogas, ni alcohol en la institución.
2. No sexo en la institución.
3. No violencia, tanto hacia las personas como hacia la casa.

Estas reglas básicas de convivencia permiten fijar los límites entre lo que está permitido y lo que no. Queda claramente establecido que en el caso de que estas normas sean transgredidas, quien lo haga deberá hacerse cargo de las consecuencias, que pueden llegar hasta la expulsión de la institución. Estas normas, que son fundamentales para el encuadre del tratamiento, pueden ser discutidas pero no cambiadas.

De acuerdo al marco teórico que sostiene el trabajo de la institución, la cantidad de reglas y la inexorabilidad de su cumplimiento varían. "...Las comunidades norteamericanas que en un principio nos sirvieron de modelo, utilizan la terapia conductual (*behavior therapy*) como forma central de tratamiento. A pesar de que la orientación descrita ahora es ante todo de corte psicoanalítico, el uso de técnicas que siguen el modelo estímulo-respuesta (premio-castigo), es necesario y de gran utilidad. La diferencia consiste en que no nos detenemos allí..."⁴⁵

45. López Corvo, Rafael: *La rehabilitación del adicto*. Nueva Visión, 1994, Pág. 99.

Tratándose de una institución cuyo objetivo es la recuperación de la adicción a las drogas, el compromiso para dejar de consumirlas es la premisa básica del tratamiento, y sobre los sentimientos que este mandato y su cumplimiento despiertan en el adicto se trabajará todo el tiempo que dure el tratamiento. Esta abstención en el consumo se refiere tanto al consumo fuera de la comunidad como dentro de la misma, y a todo tipo de sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, psicofármacos, alcohol, etc.). Se considera una falta grave el consumo de drogas fuera de la comunidad, pero mucho más grave aún es ingresarlas en forma clandestina a la institución. De acuerdo a la organización que la comunidad se haya dado, el consumo de sustancias durante una salida puede ser considerada una recaída que entra dentro de lo previsible y debe ser tratada en los distintos ámbitos terapéuticos, o una falta grave que se sanciona con la expulsión del tratamiento.

Con relación a la amplitud de esta norma, existen instituciones donde la prohibición del consumo de drogas no se refiere solamente a que durante la permanencia en el tratamiento debe mantenerse la abstinencia en la utilización de las mismas, sino que esta prohibición se extiende a los psicofármacos indicados como terapéutica, y en consecuencia no se aceptan pacientes que requieran terapia psicofarmacológica. En otras instituciones la medicación psiquiátrica es utilizada como una herramienta más y se administran psicofármacos recetados por el médico especialista, siendo esto lo que sucede habitualmente en los casos muy frecuentes de patología dual, en donde la adicción se agrega a una patología psiquiátrica de base.

La prohibición de mantener relaciones sexuales se extiende, en algunas comunidades terapéuticas, fuera del ámbito de la comunidad, y no se refiere solamente a compañeros de internación, sino también a cualquier otra persona, o sea que mientras dura el tratamiento las relaciones sexuales están explícitamente prohibidas; en otras instituciones esta prohibición abarca sólo a

las relaciones entre los pacientes, estando permitidas las que se establezcan con personas ajenas a la comunidad; y así, de acuerdo a la institución de que se trate, se pueden encontrar diferentes formas de aplicar la misma norma.

También se encuentran diferencias en la implementación de la regla que prohíbe la violencia, ya que hay comunidades que pueden tolerar una reacción físicamente violenta pero no la reiteración de este tipo de episodios, y hay otras que no admiten el ingreso de pacientes que hayan tenido antecedentes de episodios de violencia.

A estas normas básicas, sobre las que se sostiene el trabajo cotidiano, se agregan otras reglas que las complementan en la organización del funcionamiento institucional, y se refieren a distintos aspectos de la vida diaria y a las relaciones entre los integrantes de la comunidad, como serían, por ejemplo, las que atañen a los horarios y su cumplimiento, la administración del propio dinero, la forma de vestirse, el lenguaje y el modo de hablar con los compañeros y profesionales, la prohibición o no de fumar cigarrillos y su regulación, la organización de las visitas, la realización de las actividades obligatorias y las optativas y su cumplimiento, etc.

Las mismas variaciones de acuerdo a la institución de que se trate, se encuentran con relación a las sanciones que se aplican cuando las normas han sido transgredidas. Cabe mencionar que hay comunidades terapéuticas donde la transgresión a una norma básica es sancionada con la expulsión inmediata, y otras en las que se intenta crear un espacio de reflexión sobre lo sucedido y para ello están previstos distintos recursos.

Respecto de las normas que rigen el funcionamiento comunitario, consideramos como condición fundamental que estas reglas sean conocidas y respetadas por todos, con el fin de evitar que se creen situaciones confusas. Es necesario no perder de vista que se trata de una población con rasgos fuertemente transgresores, y que por lo tanto cualquier situación ambigua o contradictoria de parte del equipo tratante genera fisuras que son aprovechadas por

los pacientes para manipular al otro o a la institución, tratando de obtener alguna ventaja aun en perjuicio del propio tratamiento.

La existencia de límites claros permite actuar dentro de los mismos con seguridad, y da un marco de contención que promueve el control de la ansiedad y la impulsividad. En el caso de sujetos cuya vida se ha caracterizado por la falta de normas estables, como sucede con los adictos, les ofrece un medio organizado; y para quienes frecuentemente han sido víctimas de los dobles mensajes y mentiras familiares que les han generado confusión y desconfianza en la relación con los otros, les permite establecer vínculos más estables y confiables.

Por último podemos decir, con relación a las normas comunitarias, que si bien hay un acuerdo general en que es muy importante establecer normas básicas que encuadren el trabajo terapéutico, consideramos que también es posible y conveniente que algunas de las reglas puedan ser discutidas y modificadas de acuerdo a las características de la población, y consensuadas entre todos: los pacientes y el equipo profesional. Creemos que la existencia de reglas que puedan ser modificadas luego de haber sido discutidas y acordadas democráticamente, permitiría un ejercicio de libertad y responsabilidad adecuado para todos.

Cuando una persona solicita ingresar a la comunidad, ya sea por decisión propia o derivada por otra institución, se realizan una o varias entrevistas de admisión. Estas entrevistas están a cargo de profesionales de la institución y tienen como objetivo realizar un diagnóstico inicial y evaluar la factibilidad del ingreso de la persona al programa, de acuerdo a la patología, a la demanda de tratamiento que realice y las características psicosociales que presente. En esta etapa de admisión se realizan también entrevistas con los familiares.

Como parte del proceso de admisión se acompaña al futuro paciente en una recorrida por la casa, para mostrarle las instalaciones e informarle sobre su funcionamiento. En algunos ca-

Los pacientes se organizan su permanencia en la institución durante un día, en el cual compartirá el almuerzo y algunas actividades con los residentes; estas visitas extendidas suelen programarse particularmente cuando se está evaluando la derivación desde otra institución, y el paciente tiene la posibilidad de opinar acerca del tratamiento y del lugar que debe recibirlo, participando activamente en la decisión que se tome.

Una vez que el paciente ha ingresado en la comunidad terapéutica, debe transitar un proceso de recuperación en el que se pueden distinguir algunas etapas. La etapa inicial, de adaptación e integración al dispositivo terapéutico, durante la cual permanece en la institución todo el día sin salir y con cierto aislamiento del mundo externo, puede variar en su duración según el programa de que se trate, desde un mes hasta un año; y también según este programa, puede o no incluir la prohibición de relacionarse con los familiares. En la etapa final, previa al egreso, el objetivo sobre el que se trabaja particularmente es el logro de la reinserción social y un egreso responsable, ya sea con un proyecto escolar y/o laboral en lo posible en desarrollo. Durante esta fase, el paciente permanece progresivamente más tiempo fuera de la institución desarrollando sus tareas que dentro de la misma, ya que ha ido dejando actividades terapéuticas por otras propias de la reinserción social, y quedándose muchas noches a dormir fuera de la comunidad.

En la comunidad terapéutica, durante el día se organizan distintas actividades y talleres que a través de diferentes propuestas tienden al logro de objetivos comunes, tales como que el paciente pueda tomar conciencia de sus dificultades, aprenda a hablar sobre lo que le sucede, a reconocer al otro, reconocerse y cuidar de sí mismo; crear vínculos afectivos solidarios intentando un aprendizaje de nuevas formas de relacionarse, para lograr un cambio de actitud que implique un fortalecimiento de la autoestima, valorizándose a sí mismo y a los demás. Se trata de que modifique el modo de vincularse y pueda prescindir de las men-

tiras y manipulaciones que tan frecuentemente utilizan los adictos para relacionarse con las otras personas.

En el funcionamiento de la comunidad terapéutica, la actividad grupal es un instrumento básico para lograr estos objetivos, y dentro de estas actividades grupales, las asambleas comunitarias le dan su característica específica. Hay asambleas diarias y una asamblea general.

Las asambleas que se organizan diariamente, a veces pueden ser dos: una por la mañana, para coordinar y planear las actividades del día, y otra por la noche, para evaluar el desarrollo del día transcurrido; participan los pacientes y el personal que se encuentra en la institución, y durante las mismas se plantean todas las cuestiones relacionadas con el acontecer cotidiano y los problemas e inquietudes que se pueden haber suscitado, tanto en la realización de las tareas como en la interrelación personal. La asamblea comunitaria general se realiza una vez por semana, y en la misma participa, además de los pacientes, todo el personal de la comunidad. A este ámbito se trasladan las cuestiones más importantes que no pueden resolverse en la asamblea diaria y que tienen incidencia sobre la mayor parte de la población comunitaria, como pueden ser la propuesta de un cambio en la organización de las actividades o normas; planificación y organización de eventos especiales; presentación, despedidas o cambios en la situación de pacientes y personal; desacuerdos o situaciones particulares entre pacientes, o entre pacientes y el personal; tomas de decisiones que involucran a la comunidad en general, etc. Es decir que todas las cuestiones relacionadas con la organización y el funcionamiento comunitario son debatidas en las asambleas.

Muchas de las cuestiones que se tratan en las asambleas, son discutidas y evaluadas antes y después por el equipo tratante, así como el desarrollo propiamente dicho de la asamblea, ya que las diferentes situaciones que se presentan en la comunidad están vinculadas con la evolución del tratamiento,

y en consecuencia es sumamente importante que todo el personal se mantenga informado sobre la evolución de cada paciente, las relaciones que se van generando entre ellos, así como entre los pacientes y el staff profesional; y de acuerdo a la evaluación que se realice se planifica la terapéutica que se implementará en cada caso, que siempre es dinámica y se encuentra sujeta a revisión.

En el tratamiento en comunidad terapéutica el trabajo grupal es el recurso básico en todas sus modalidades: de tareas, recreativo y terapéutico.

Teniendo en cuenta que estos pacientes, por su historia y por su patología, muestran serios daños en la autoestima y carecen de adecuados sentimientos de confianza en los demás, los vínculos que entablan son afectivamente pobres, generalmente basados en la propia utilidad y en la manipulación del otro; así pues, lograr una forma de relación más sincera y basada en la confianza mutua y la solidaridad es un objetivo a perseguir.

Por otra parte, son personas que en su vida diaria están acostumbradas a dejar transcurrir el tiempo sin nada para hacer; en general, al momento de la internación ya hace mucho tiempo que han perdido los hábitos de estudio o de trabajo y están invadidas por un permanente sentimiento de vacío interior, que llenan con las sensaciones que les producen las drogas que consumen. Muchos pacientes han perdido los hábitos de comer con regularidad y de cuidado de sus pertenencias; otros no los tuvieron nunca, y es necesario que aprendan y los adquieran.

Ante el cuadro de pasividad, apatía y desgano generalizado que padecen frecuentemente los pacientes adictos, la más simple de las tareas les insume un gran esfuerzo que les cuesta sostener, por ello para realizarlas requieren del apoyo constante del personal y coordinadores de los grupos.

Con el objetivo de favorecer las interrelaciones y el desarrollo de sentimientos de responsabilidad, a lo largo del día se organizan distintas actividades que deben realizarse en colabora-

ción con otros para permitir el funcionamiento comunitario; entre estas tareas se incluyen la limpieza del propio cuarto y de la casa en general, también hacer las compras diarias y preparar el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena; y para los que tienen interés, o habilidad y conocimientos, generalmente los varones, algunas tareas de mantenimiento de la casa, como puede ser arreglar algo que se ha roto o algún trabajo simple de pintura, electricidad, etc. Con la realización de estas actividades se persiguen distintos objetivos: crear o reinstalar hábitos de higiene, de cuidado personal y del hábitat; organizar el tiempo y quehacer cotidiano; aprender a preparar el propio alimento y a proveerse de lo necesario para ello, creando hábitos saludables de alimentación; y también aprender algunos trabajos simples para el mantenimiento de una casa. Este aprendizaje de las actividades cotidianas es necesario para que en el futuro puedan vivir en forma independiente, administrando adecuadamente el dinero, sosteniendo una casa que, aunque sea compartida, requiere de la responsabilidad de cada uno para que las necesidades de todos sus miembros sean satisfechas, y aprender a hacerse cargo de lo que le corresponde individualmente a cada sujeto en función del conjunto.

Teniendo en cuenta que una comunidad es autogestiva, es posible organizar, de acuerdo a las condiciones edilicias con que se cuente, actividades de jardinería y de huerta para cubrir las necesidades de la propia cocina.

Diariamente se organizan talleres coordinados por un miembro del equipo profesional, que con horarios y días preestablecidos ofrecen un encuadre estable. Así, un terapeuta ocupacional coordina el taller de terapia ocupacional; un musicoterapeuta o profesor de música, el taller de música, y así continuando con las actividades de educación física, teatro, plástica, escritura, periodismo, artesanías, y todas las opciones que puedan surgir de acuerdo a las características de la población. Estos grupos operativos pueden ser coordinados solamente por un profesional o

con la asistencia, además, de un operador terapéutico y/o paciente que tenga conocimientos acerca de la actividad. También en horarios prefijados están organizados los grupos de terapia, para adolescentes y para adultos por separado, si la población abarca distintas edades; grupos de convivencia, de reflexión, etc.

En el ámbito de las actividades recreativas, es posible organizar diversas actividades lúdicas, como pueden ser juegos reglados de mesa: truco y otros juegos de cartas, el juego de la oca, dominó, triominó, ajedrez, etc.; también puede organizarse la exhibición de una película, o mirar en televisión un evento deportivo o un programa en particular; estas actividades no tienen como objetivo solamente ocupar el tiempo en forma entretenida, sino que para su realización requieren de una cierta organización, ponerse de acuerdo y respetar el acuerdo logrado; además de que pueden actuar como disparadores de otras cuestiones personales o de la convivencia, que se trabajan a partir de los sentimientos o planteos que surjan en ese momento. El objetivo que se persigue es que haya 24 horas de tratamiento; en consecuencia, todas las actividades que se desarrollan en la comunidad tienen fines terapéuticos y deben organizarse de acuerdo a ello.

Continuando en el área de recreación se planifican las fiestas de cumpleaños, salidas individuales o en grupo, por la zona o para concurrir a alguna actividad en particular, y también la práctica de actividades deportivas.

En esta área merece una mención particular, según nuestra experiencia, la organización de partidos de fútbol en los que puedan participar pacientes y profesionales, y eventualmente se puedan incorporar también ex pacientes, amigos y familiares. Esta es una actividad que siempre da buenos resultados. En principio, por ser un deporte sumamente popular y que los niños practican desde que aprenden a correr, no genera casi ningún rechazo, siendo una actividad convocante en sí misma; y por otra parte, tiene como característica particularmente positiva en este caso, la de que es un deporte grupal, tiene reglas

que es necesario conocer y respetar, y es el trabajo conjunto el que permite lograr buenos resultados, promoviendo el intercambio y el compañerismo. La organización de un partido de fútbol requiere de la presencia de dos equipos, y de un árbitro que garantiza el cumplimiento del reglamento, es decir el respeto de la ley y el acatamiento de la misma a pesar de las diferencias que se generen con relación a su interpretación y la particular conveniencia. Por estas razones, se puede considerar que jugar al fútbol favorece el trabajo terapéutico, ya que si bien no es el único deporte de equipo, en Sudamérica es el más popular y se practica en todas las clases sociales.

Ahora bien, los partidos de fútbol brindan una muy buena oportunidad de juego en equipo para los varones, pero no tenemos una alternativa equiparable para las mujeres, porque ni el vóley, ni el básquet, ni el mismo fútbol, son igualmente convocantes para las mujeres; así que ellas, cuando se incorporan a la actividad, lo hacen como público o asistentes. En general, ya que el deporte en nuestro país no es una práctica femenina habitual, las pocas chicas que aceptan realizar actividades deportivas lo hacen en disciplinas individuales: natación, gimnasia, etc.

La participación en los partidos de fútbol no excluye la práctica de otras actividades deportivas, o de trabajo corporal centrado en lo expresivo, que puedan estimarse convenientes, sino que es una más; y la práctica de estas otras actividades se organizará de acuerdo a las características de la población y las posibilidades con que cuenta la institución.

Dentro de las actividades grupales se encuentran las específicamente psicoterapéuticas; en este caso se trata de grupos de terapia que son coordinados por un psicólogo o un psiquiatra, y pueden estar organizados con diferentes criterios; así los pacientes pueden agruparse por edad, en cuyo caso tendríamos grupos de adolescentes, adultos jóvenes y/o adultos; o también, si se considerara conveniente, se pueden agrupar por sexo, o

sexo y edad (por ejemplo, un grupo de adolescentes mujeres, y otro de adolescentes varones, etc.). Estos criterios deben ser elásticos y resolverse de acuerdo a las características y necesidades de la población de la comunidad, con la salvedad de que la participación en estas actividades es obligatoria.

La comunidad terapéutica debe crear también un espacio de reflexión para las familias, que deben ser incluidas en el tratamiento. Para ello se utilizan distintos recursos: las entrevistas con los terapeutas y/o trabajador social; las asambleas multifamiliares, que son reuniones en las que se incluye a los pacientes, familiares y profesionales; y reuniones de padres y allegados directos, en las cuales los pacientes no participan. Utilizando distintos medios que permitan el abordaje de la problemática familiar, se intenta elaborar un nuevo acuerdo de convivencia.

Las reuniones con los familiares tienen como objetivo afianzar los vínculos afectivos atenuando los sentimientos de rechazo, mejorar la comprensión de la problemática del paciente, calmar la angustia y el enojo de los familiares, esclarecer los comportamientos presentes en la familia que favorecen el consumo, y tratar de crear un medio favorable a la reincorporación del paciente a la vida familiar, para cuando éste sea dado de alta, aun en las situaciones en que no vayan a convivir con la familia.

Entre la población de las comunidades terapéuticas, tanto de adolescentes como de adultos, encontramos que una gran proporción de la misma carece de una familia que pueda acompañar el tratamiento. Es así que podemos observar diversas situaciones de déficit familiar, entre las cuales las más frecuentes son: uno o ambos padres han fallecido; se desconoce el domicilio familiar; uno o ambos padres están cumpliendo condena en algún establecimiento penitenciario; los padres hace muchos años han roto su vinculación con el hijo, quien ha quedado en la calle o en alguna institución; hay

una familia que convive y se relaciona con el paciente, pero por sus propias dificultades no puede acompañar al hijo, hermano o pareja en su recuperación; etc. Sin embargo, cuando esta familia existe, aunque tenga muchas dificultades, o solamente haya algún hermano o pareja con quien se pueda contar, es necesario extremar los esfuerzos para que ese familiar se vincule con la institución y se comprometa en la medida de sus posibilidades con el tratamiento. Esta necesidad de un medio familiar receptor, se acentúa cuando se trata de pacientes muy jóvenes, que si no cuentan con familiares dispuestos a recibirlos no tendrían adónde ir.

El tratamiento del adicto debe incluir a su familia o lo que quede de ella, porque su objetivo es el reingreso del paciente a la sociedad, y para que este objetivo se pueda alcanzar debe contar con un medio de acogimiento, un lugar para vivir, y alguien que acompañe el tratamiento ambulatorio que probablemente deberá realizar después, e incluso que pueda ayudarlo económicamente hasta que se establezca laboralmente; si esto no sucede hay un alto riesgo de retroceder al punto de partida, es decir que tiempo después se encontraría en la misma situación que antes de la internación.

Una paciente de 30 años, casada, con dos hijos, cuyo esposo es adicto a la cocaína y manifiesta que no desea dejar de consumir, debe finalizar su etapa de internación y reintegrarse a la vida familiar. En esta situación, el riesgo de recaer en el consumo es muy alto. Con el fin de disminuir este riesgo ha sido posible contar con sus hermanos que no consumen drogas; en consecuencia y a partir del alta de la internación, se ha organizado que la joven dormirá en su casa y una vez que los hijos hayan salido para la escuela, se irá a la casa de su hermana, donde permanecerá hasta que los hijos regresen, para luego comer y dormir en su hogar. Continuará asistiendo a la comunidad dos veces por semana para participar de talleres por la tarde y continuar con la psicoterapia ambulatoria.

Una vez superado el período inicial de adaptación al funcionamiento institucional, y de no mediar ninguna urgencia que establezca otra prioridad, es necesario ocuparse de la salud corporal del paciente. Con este objetivo se realizan consultas médicas clínica, odontológica, y ginecológica en el caso de las mujeres, para comenzar los tratamientos que fueren necesarios; ya que luego de un prolongado período de vivir en la marginalidad, consumiendo drogas y/o alcohol, sin hábitos de higiene y mal alimentados, es habitual que los pacientes lleguen a la situación de internación con su salud dañada.

Con suma frecuencia se encuentra que están afectados por múltiples problemas odontológicos de larga data, no sólo como consecuencia de haber abandonado los hábitos de higiene, sino porque el consumo de drogas produce enfermedades buco-dentales, siendo estos cuadros particularmente graves en los pacientes adictos a la pasta base.

En el área de la salud, también se hace necesario completar el plan de vacunación con las vacunas antihepatitis B y A, y la antitetánica o doble de adultos. Estas medidas de atención médica responden a un procedimiento general, por lo que a ello habrá que agregar la atención que cada uno necesite en particular de acuerdo al estado de salud en que se encuentre.

Cuando el paciente ha ingresado recientemente, y por indicación del médico clínico debe realizar un tratamiento, que esta terapéutica se realice en la forma adecuada depende de la institución, ya que sólo excepcionalmente él mismo puede interesarse en cuidar su salud. Por lo tanto, se deben solicitar los turnos, disponer que sea acompañado a la consulta por un profesional, un operador terapéutico o un compañero que esté estabilizado en su tratamiento, de acuerdo a la evaluación que se realice de la necesidad y características que el enfermo presenta; intercambiar información con los médicos, organizar la realización de los análisis y/o estudios prescritos, y finalmente suministrarle en la forma indicada la medicación que se le haya

recetado. Es un objetivo a lograr durante el tratamiento de recuperación, que el paciente pueda hacerse responsable de la atención de su salud y del cuidado de su cuerpo.

Debido al maltrato a que se ha sometido a sí mismo el adicto, y dependiendo de la modalidad de su adicción, ya que está mucho más expuesto quien utiliza drogas inyectables, no es raro encontrar que los pacientes estén afectados por el VIH. En estos casos, si al ingresar a la institución ya conocen el diagnóstico, es frecuente que hayan estado realizando el tratamiento de esa enfermedad con permanentes interrupciones, e incluso hayan padecido internaciones hospitalarias como consecuencia de las infecciones oportunistas y otras complicaciones propias de la afección; por lo tanto, los análisis de laboratorio muestran las defensas muy bajas y la carga viral muy alta. Estas interrupciones periódicas en la medicación generan complicaciones en la dosificación y administración de la misma, ya que aumentan la resistencia del virus y la vulnerabilidad del organismo. Esta misma dificultad para mantener la continuidad en el tratamiento se observa ante otras patologías crónicas que requieren de una medicación regular, como pueden ser la epilepsia o la diabetes. El enfermo adicto, cuando se encuentra sumergido en el consumo de drogas, pierde la noción de que debe realizar un tratamiento ya que no reconoce que está enfermo y no se siente preocupado por los riesgos a que se expone; vive además en condiciones tan precarias que aunque quisiera le sería imposible realizarlo. Ante la gravedad de las consecuencias que trae aparejada la interrupción de los tratamientos en las enfermedades crónicas, se debe lograr su colaboración para mantener la continuidad de los mismos.

La alta proporción de pacientes adictos que están infectados por el VIH, hace que esta enfermedad en particular merezca una atención especial, ya que en su mayoría son pacientes jóvenes y con serias perturbaciones psicopatológicas, en quienes la confirmación del diagnóstico de una enfermedad grave desborda sus escasos mecanismos de adaptación.

“Las reacciones que presentan los pacientes adictos se caracterizan por una gran ambivalencia; se resisten a cooperar con los aspectos básicos del tratamiento, actuando en ocasiones en franca oposición al consejo médico. Son pacientes que a la vez que solicitan y demandan ayuda, la rechazan o desvalorizan. Es muy elevado el índice de deserción del tratamiento y muy bajo el grado de cumplimiento de las distintas medidas de control epidemiológico sugerido por el médico clínico o infectólogo.”⁴⁶

La infección por VIH puede desarrollar algún tipo de trastorno mental orgánico, así como también se ha observado en otros casos que “la medicación empleada para el control de la infección VIH es un factor precipitante frecuente de estos cuadros”⁴⁷. Por todo lo expuesto, teniendo en cuenta que la drogadicción y el SIDA suelen ir juntos, es imprescindible trabajar específicamente con estos pacientes sobre este tema en particular, no sólo para que cumplan las indicaciones médicas en su tratamiento, sino para que además acepten utilizar las medidas de cuidado necesarias para evitar la transmisión a otros, sobre todo a través de relaciones sexuales.

En esta área de educación para la salud también se contempla la organización de grupos de discusión y charlas informativas sobre temas relacionados con la sexualidad, referidos al cuidado propio y del otro, tanto para evitar la transmisión de enfermedades como para prevenir embarazos.

Para lograr estos objetivos, tanto las charlas como las demás actividades que se desarrollen pueden ser realizadas por los profesionales de la comunidad en colaboración con los profesionales de otras instituciones que trabajan específicamente sobre estos temas y tienen entre sus objetivos la extensión a la comunidad.

46. Musachio de Zan, Amelia y otros: Op. Cit., Pág. 221.

47. Idem, Pág. 223.

Una vez incluidos en la comunidad terapéutica, a los pacientes se les debe asignar un psicoterapeuta individual, estableciendo un día y horario de entrevista, que deberá ser fijo —respetando el encuadre tradicional—, y si fuera posible para la asignación de este terapeuta se tendrá en cuenta si el paciente expresa alguna preferencia en particular, para tenerla en consideración con el fin de facilitar el vínculo entre ambos. Si bien cuando el enfermo adicto es internado la mayoría de las veces no está con la motivación suficiente para iniciar una psicoterapia individual, la asistencia a estas entrevistas le brinda un espacio propio de reflexión y contención, donde puede comenzar a pensar y hablar sobre sus conflictos y angustias personales, y quizás lograr enfrentarse con sus problemas, con el objetivo último de que tome conciencia de sus dificultades y requiera la realización de una psicoterapia profunda para resolver la problemática de base que lo ha llevado a la situación en que se encuentra. En el marco de la terapia individual se organizan las entrevistas de terapia familiar.

La situación de escolarización en que se halla la población residente en la comunidad terapéutica presenta muchas diferencias, acorde con la heterogeneidad de la misma; así podemos encontrar pacientes que han terminado la escuela primaria y están en condiciones de iniciar la escolaridad secundaria; otros que han aprobado algún nivel de la secundaria y desean terminar este ciclo; y otro grupo que también es muy heterogéneo en edades, que ha alcanzado distintos niveles de la enseñanza primaria, pero no la ha terminado. También, aunque excepcionalmente, puede haber pacientes que hayan terminado el ciclo secundario y quieran continuar estudiando, o han empezado estudios universitarios que no pudieron concluir.

La labor de la psicopedagoga en este tipo de instituciones es fundamental. Si tenemos como objetivo que el paciente una vez recuperado pueda reinsertarse en la sociedad, es esta profesional quien debe evaluar las posibilidades con que el mismo

cuenta para reintegrarse al sistema educativo formal, o si es más conveniente su incorporación al sistema informal, y que se capacite según sus propias posibilidades con el fin de ingresar en el mundo del trabajo.

Los jóvenes que no han terminado la escuela primaria, deben hacerlo, ya sea asistiendo a un establecimiento fuera de la institución o a una escuela domiciliaria que funcione dentro de la misma; y los que están en condiciones de realizar estudios secundarios, deben iniciarlos.

Por sus características de personalidad y la patología que presentan, estos pacientes tienen muchas dificultades para organizarse con las tareas escolares y mantener el esfuerzo necesario para cumplir con ellas durante un tiempo prolongado y suficiente, así como también para aceptar y respetar las normas del aula. No es raro encontrar en ellos un déficit intelectual, dificultades en la simbolización, para concentrarse, comprender y fijar conocimientos nuevos; es muy baja su tolerancia a la frustración, y en consecuencia les resulta difícil enfrentar y resolver los problemas que se les presentan en la adquisición de conocimientos nuevos, ya que no toleran equivocarse. También con mucha frecuencia, se les presentan dificultades derivadas de la poca escolarización del grupo social de origen, que da como resultado un lenguaje pobre y otras carencias derivadas de la falta de estimulación. Por todo esto en general, a lo que se suman las diferencias de las situaciones individuales en particular, la totalidad de los pacientes requieren de apoyo especializado permanente durante un tiempo variable pero prolongado, hasta lograr organizarse y cumplir con las responsabilidades escolares por sí mismos.

Es habitual que sea la institución la que deba ocuparse de mantener el vínculo con maestros y profesores, concurriendo los profesionales a la escuela y respondiendo a las citaciones, ya que por estar el paciente desvinculado de la familia o por las propias dificultades de los padres, no son éstos quienes se ocupan del seguimiento de la escolaridad de los hijos.

La realización de las diversas actividades que se desarrollan en la comunidad a lo largo del día, y cuya característica fundamental es que están organizadas y pautadas previamente, no significa que no haya tiempo para la práctica de actividades y charlas libres y espontáneas, pero es necesario tener en cuenta que las mayores dificultades de los pacientes adictos se refieren a la capacidad para enfrentar y resolver tareas que requieran orden, organización, planificación y un tiempo de espera, así como de un esfuerzo sostenido para obtener resultados; por lo tanto, deben ser orientados hacia el logro de estos objetivos.

Un párrafo aparte merece la situación legal vinculada con la identidad de los jóvenes pacientes, quienes no sólo padecen problemas para afirmar su identidad en el plano psicológico por fallas en el proceso de estructuración psíquica que han padecido desde la más temprana infancia, sino que en algunos casos tampoco se ha podido establecer su identidad jurídica, ya que no cuentan con documentación personal y se desconoce si alguna vez los padres inscribieron su nacimiento. De este aspecto, ligado al derecho a poseer una identidad y una nacionalidad que todos los seres humanos tienen desde su nacimiento, también debe ocuparse la institución cuando este derecho se encuentra vulnerado.

Pablo B. ingresó en la institución a los 18 años, derivado por el CONNAF, que a su vez había recibido la derivación de parte de un juzgado civil. El adolescente se hallaba detenido en una repartición de la Dirección Nacional de Migraciones, debido a su condición de indocumentado y por haber ingresado ilegalmente al país. Manifestaba ser un consumidor habitual de marihuana y ocasional de cocaína, y estando detenido sufrió una descompensación psicótica; al ser menor de edad y desconociéndose su país de origen, en ese momento no era posible deportarlo; en consecuencia, transcurrido un tiempo, la oficina de migraciones dispuso dar intervención a un juzgado civil, que se ocupó de iniciar las averiguaciones tendientes a establecer el

país de nacimiento. A pesar de las gestiones realizadas, no se logró confirmar que el joven hubiera nacido en un país centroamericano tal como él decía; razón por la cual el juez ordenó la emisión de una partida de nacimiento, pero sin nacionalidad; dispuso luego que se le otorgara el correspondiente DNI, pero esta disposición no fue aceptada por el Registro Nacional de las Personas, organismo que se negó a otorgar un documento de identidad a un extranjero en esa situación “irregular”. Mientras tanto, estando en la comunidad, se lo inscribió en una escuela primaria para adultos, donde Pablo cursó y aprobó el nivel primario. Posteriormente, siendo muy buena su capacidad intelectual y no presentando problemas de conducta, se obtuvo una beca de una escuela de enseñanza media privada que se prestó solidariamente a inscribirlo como alumno regular aunque careciera de documentos; allí cursó durante tres años el bachillerato para adultos, que aprobó con muy buenas notas. Sin embargo, Pablo no tiene los certificados correspondientes a ambos niveles de enseñanza, porque los mismos no pueden emitirse sin un número de documento. Luego de varios años de haberse iniciado este proceso administrativo, Pablo no ha podido resolver su situación y está condenado a vivir en la marginalidad como indocumentado, hasta que este trámite llegue a su fin.

Este es un caso extremo, porque en el momento de su detención este joven declaró haber nacido en el extranjero y haber cruzado la frontera con un grupo de trabajadores ilegales; pero la circunstancia de no haber sido inscripto el nacimiento en el registro civil no es excepcional, y lograr la regularización de estos jóvenes que no saben con certeza dónde nacieron, ni quiénes son o fueron sus padres, es sumamente dificultoso, porque entran en un laberinto burocrático muy difícil de desandar.

Otra cuestión que deben enfrentar estas instituciones se refiere a los pacientes con psicopatologías graves o déficits intelectuales importantes, que les van a impedir o dificultar seriamente el desarrollo de una actividad escolar y/o laboral formal, una

vez que sean dados de alta de la internación; es decir que se encuentran con muchas dificultades para poder generar un proyecto de reinserción social satisfactorio. En general, para enfrentar esta situación de enfermedad crónica se debe tramitar una pensión por discapacidad, que permitirá al paciente recibir un ingreso mínimo para cubrir sus necesidades más elementales en el marco familiar, y la afiliación a un servicio de salud. En estos casos, si bien el trámite es personal y debe hacerlo la familia, organizar la gestión y asesorar a los familiares es tarea del equipo asistencial; y si no se cuenta con familiares directos, la gestión deberá hacerla la misma institución.

Todas las actividades que se organizan en la comunidad terapéutica tienen como objetivo que los pacientes se recuperen de la adicción que padecen, y lograr reintegrarse socialmente prescindiendo del uso de sustancias. Ahora bien, citando a E. Kalina, se puede afirmar: “El que fue un enfermo adicto, en términos generales puede recuperarse, pero no curarse en sentido estricto de la palabra, ya que debe cuidarse el resto de su vida de su predisposición a las drogas. Nos referimos a un concepto psicobiológico, ya que las recuerda con la mente y con el cuerpo”⁴⁸. Estos conceptos nos remiten a las condiciones en que los pacientes egresan de la institución y la situación con la que se encuentran al enfrentar el mundo externo.

Los logros que el adicto haya podido afianzar durante su residencia en la comunidad terapéutica, se encuentran relacionados con el diagnóstico y el pronóstico con el que se había evaluado su patología, y la duración del tratamiento recibido —es decir, si fue suficiente y acorde con las necesidades del sujeto—. Con respecto a esto último, sólo podemos repetir lo que ya dijimos anteriormente: que lograr resultados satisfactorios en muchos

48. Arias, J. A.; Kalina, Eduardo y otros: *La familia del adicto y otros temas*. Nueva Visión, 1990, Pág. 46.

casos es posible, se requiere para ello un tratamiento adecuado en cuya organización se hayan previsto distintas etapas a cumplirse progresivamente durante el tiempo que cada paciente requiera, pero nos encontramos con que la mayoría de los servicios asistenciales han establecido para todo el proceso de recuperación un tiempo límite de un año, y este lapso para gran cantidad de pacientes resulta insuficiente, dada la gravedad del cuadro que presentan.

El egreso del tratamiento

La abstinencia en el consumo de drogas no se logra ni se mantiene fácilmente. Nos encontramos con gran cantidad de casos en los que no es posible anticipar una evolución favorable, ya sea por la gravedad de la adicción, por el largo tiempo transcurrido desde la iniciación en el consumo, en el cual ya se han rigidizado los rasgos patológicos (estamos hablando de perversiones, cuadros psicóticos de larga data y deficiencias intelectuales); o por la falta de un medio de acogimiento adecuado que pueda sostener el proceso de recuperación posterior a la internación. Una vez que se ha dado por concluida la etapa residencial, es esperable que sea necesario continuar con un tratamiento ambulatorio, y puede además necesitarse un período prolongado de asistencia económica; para lograr estos objetivos se requiere de un medio de acogimiento que sostenga este proceso, pero cumplir con este requerimiento se hace muy difícil si se carece de familia o la misma es muy conflictiva y no puede cumplir su función. Así nos encontramos con que ante la ausencia de una familia que pueda recibir y hacerse cargo del ex adicto, si tampoco se cuenta con algún otro familiar que sea apto para ello, no hay una red social sustituta, ya que el Estado no ha implementado recursos para el prolongado seguimiento que estas personas necesitan.

Cuando el paciente egresa de la comunidad terapéutica vuelve, en la enorme mayoría de los casos, a vivir con su familia, la misma que tenía cuando ingresó, que puede haber logrado o no modificar su funcionamiento, y también regresa al mismo barrio, donde están sus antiguos amigos con quienes compartía el consumo de sustancias, entre otras actividades, y que intentarán reencontrarse con él, para volver a los anteriores hábitos. En consecuencia, las situaciones de riesgo a que se exponga van a ser muchas y continuas, por ello es sumamente importante crear redes de contención que lo ayuden a transitar la etapa inicial de su reinserción social.

En la última etapa del tratamiento de recuperación, cuando ya se ha logrado una estabilización en la abstinencia, se hace necesario trabajar con el paciente en un proyecto de reinserción social que se habrá ido elaborando en el transcurso del tratamiento. Se plantearán las alternativas posibles para su egreso, determinando, entre otras cosas, si vivirá con su familia o realizará un proyecto independiente. Se deberá evaluar si se requiere de la intervención de otras instituciones u otros profesionales que formarán parte de la red de sostén que acompañará este proceso de reinserción social, en cuyo caso se crearán los nexos con las mismas y se acordarán procedimientos en común. Tendremos en cuenta que cuanto más joven es el paciente o más vulnerable su situación social, más necesidad tendrá de contar con recursos institucionales.

El paciente dado de alta de la internación debería en todos los casos continuar con una psicoterapia ambulatoria más o menos prolongada. Pero, en muchas ocasiones, además de la atención psicoterapéutica es necesario contar con otros recursos para acompañar el proceso de recuperación, como son los grupos de autoayuda del tipo de Alcohólicos Anónimos, acompañantes terapéuticos, trabajos protegidos, vivienda, etc. Actualmente se está tratando de implementar algunos programas de este tipo para la asistencia de los ex adictos, tanto desde organismos es-

tatales como desde diferentes ONG, pero esto es muy reciente, no ha sido sistematizado y aún no es posible evaluar la eficacia de su funcionamiento. Aunque sí estamos en condiciones de afirmar que no está siendo suficiente.

En una situación socioeconómica como la que atraviesa nuestro país, al igual que otros países latinoamericanos que padecen altos índices de desempleo, la reinserción laboral y social de los ex adictos que no pertenecen a los estratos medios o altos es sumamente dificultosa, debido a que en general se trata de personas poco capacitadas y que hace mucho tiempo que no tienen un trabajo formal, por lo que carecen de los antecedentes laborales que requieren las empresas. Deben aprender, además, a organizar su tiempo y a relacionarse socialmente para poder cumplir con las exigencias laborales. Sucede también, como ya hemos dicho, que suelen estar afectados por problemas de salud, siendo el más grave de ellos ser VIH positivo, lo que limita seriamente su acceso al mercado de trabajo. A este cuadro ya grave de por sí, en muchas ocasiones hay que sumarle la existencia de antecedentes penales. Es evidente que el ex adicto se encuentra en una situación de alto riesgo social.

Por todas estas razones, cuando el paciente egresa de la institución, no se ha terminado su tratamiento sino que se abre una nueva etapa que requiere tanta atención como la anterior, si realmente queremos evitar el fracaso de la recuperación lograda durante su internación.

En ocasiones y por distintas causas, tiempo después puede ser necesaria una breve reinternación: ya sea para prevenir una recaída, o en el caso de que la misma ya se haya producido impedir una escalada en el consumo, sea como consecuencia de un cuadro depresivo, o de una situación externa que ha entrado en crisis y el ex adicto no está en condiciones de enfrentar con sus propios recursos, etc. Este seguimiento y la posibilidad de que el paciente pueda recurrir a distintas instancias de tratamiento, son fundamentales para

asegurar el éxito de la recuperación y evitar que se reinicie en el consumo de drogas, que con las sucesivas recaídas es cada vez más difícil de superar.

Enrique M., de 37 años, actualmente no consume pero ha sido desde los 16 años adicto a la cocaína. Está casado y tiene tres hijos de edad escolar. No ha terminado la escolaridad básica, y vive en una ciudad de la zona oeste del Gran Buenos Aires. Fue derivado para continuar el tratamiento de recuperación de su adicción a la cocaína por un juez del fuero penal que estaba procesándolo por el robo de un automóvil; el tiempo previsto para su permanencia en la institución era el que demandara la culminación del juicio, estimado en algo menos de un año. Enrique ya había cumplido una condena por robo, y en el momento en que se le inicia esta nueva causa estaba en la etapa final de un tratamiento ambulatorio de recuperación de su adicción, con un buen pronóstico. Como consecuencia de este buen pronóstico y ante el riesgo de que una situación traumática como es el reingreso en la cárcel provocara un retroceso en el tratamiento, los profesionales intervinientes solicitaron que fuese internado en una institución acorde con su patología, logrando el acuerdo del juez. Una vez que Enrique hubo ingresado en la comunidad se le propuso y aceptó terminar la escuela primaria; tomó esta actividad con mucha responsabilidad y determinación porque no quería quedar disminuido ante sus hijos. Desde la etapa de adaptación se lo observó con un fuerte compromiso tanto con el tratamiento como con la institución. Si bien Enrique tenía limitadas las salidas, porque estaba procesado penalmente, una vez que hubo terminado el período de adaptación y se evaluó que no correría riesgos durante las mismas, fue autorizado a ir a su casa con su familia, en forma regular; también se mantuvieron sus vínculos con la institución del ámbito provincial donde había realizado el tratamiento ambulatorio. A los ocho meses de haber ingresado en la comuni-

dad, el juicio se terminó y el paciente quedó en libertad; tenía una oferta de trabajo pero debía terminar el año lectivo. En consecuencia, progresivamente fue desvinculándose de la institución; para ello continuó asistiendo a las sesiones de grupo, a las entrevistas individuales y a las clases con la maestra, durante los siguientes cinco meses. Mientras tanto empezó a trabajar como chofer en un comercio de su barrio. A fin de año aprobó séptimo grado, y tiempo después de haber sido dado de alta de su terapia en la comunidad, se incorporó a un grupo de autoayuda del centro de atención ambulatoria del que provenía. Cuatro años después continúa con su evolución favorable, sin haber tenido recaídas en el consumo, ni en el delito.

Federico P. ha consumido distintas drogas, pero en los últimos años ha desarrollado una fuerte adicción a la pasta base. Es soltero, tiene 35 años de edad, no tiene hijos, ha realizado la escuela primaria completa. Es portador de VIH desde hace quince años. Ha hecho distintos tratamientos de recuperación que le permitieron permanecer por largos períodos sin consumir ningún tipo de drogas. Ha estado preso por robo. Actualmente vive con el padre, en un departamento que es propiedad de éste; hace unos años le fue otorgado un subsidio por discapacidad que cobra y administra su padre. La familia de origen de Federico está integrada por su padre y su hermana; su madre falleció hace dos años. Su padre se ha jubilado, y está afectado por problemas de salud, ya que padece un cuadro depresivo y una afección cardíaca que no desea tratar. El fallecimiento de su madre agravó el cuadro depresivo de Federico, lo que fue determinante para su recaída en el consumo. La relación entre padre e hijo es sumamente conflictiva; el padre ha ejercido violencia sobre su familia, y ahora desvaloriza a Federico y se muestra escéptico con relación a su posible recuperación; sólo a regañadientes acepta que su hijo se quede en la casa los fines de semana. La hermana de Federico está casada, es madre de una hija adoles-

cente, y vive muy cerca de la casa de su padre; en consecuencia, mantiene con éste un trato frecuente, siendo la nieta quien mejor se relaciona con el anciano. La relación entre Federico y su hermana es distante y poco afectuosa. Federico ingresó en la comunidad por su propia decisión, consciente del grave riesgo que corría su vida por su fuerte compromiso con las drogas. Permaneció en la comunidad internado durante un año con cobertura a cargo de la SEDRONAR, y dos meses más sin cobertura, quedando su atención a cargo de la institución; durante el tiempo de residencia logró interrumpir el consumo, atender sus diferentes problemas de salud, hacerse responsable y cumplir con el tratamiento retroviral, mejorando su estado clínico; pero no pudo elaborar un proyecto de reinserción social después de muchos años de vivir en la marginalidad. En sus salidas durante los fines de semana permanecía en la casa de su padre, y allí debería vivir cuando terminara el tratamiento, ya que carecía de ingresos y vivienda propios. Cuando se cumplió el plazo asignado para su atención, y dada su precaria situación económica, la SEDRONAR le otorgó un subsidio a cobrar durante un período de seis meses; también le ofrecieron un grupo de apoyo y un curso de capacitación para realizar artesanías, pero a pesar de que comenzó a asistir a ambos, no pudo integrarse. A medida que se acercaba el fin del período de internación, Federico se deprimía y aumentaban sus deseos de consumir, hasta que no pudo controlarse más y en una de sus salidas programadas recayó en el consumo, situación que se repitió en la siguiente salida pese a lo que se habló con él al respecto. Las reglas de la comunidad establecen que no se puede permanecer en la misma si se consumen drogas. Federico recayó en el consumo dos veces seguidas luego de haber estado más de un año en tratamiento; en los distintos espacios terapéuticos se insistió para que pudiera reflexionar al respecto pero no se pudo lograr que modificara sus actitudes, como consecuencia de lo cual se resolvió su expulsión de la institución.

Carolina R. de 17 años, soltera, completó la escuela primaria. Vivía con su familia en una villa de emergencia de la ciudad de Buenos Aires. Fue derivada a la institución para realizar tratamiento de su adicción a la cocaína, trastornos de la alimentación e intento de suicidio, por un hospital público que había atendido la etapa aguda de la enfermedad. Proveniente de una familia con varios hermanos mayores y menores que ella, fue víctima, al igual que su hermana menor, de abuso sexual por parte de su padre y su hermano mayor; también eran frecuentes los episodios de violencia física, tanto entre los padres como de éstos hacia los hijos. Sus dos hermanas mayores tenían hijos y eran portadoras de VIH; algunos años después se infectó también su hermana menor, quien tenía una vida sexual muy promiscua, siendo madre de dos hijos con distintas parejas, adicta a la pasta base, y que protagonizó repetidos episodios de fuga de la casa.

Durante su tratamiento, que duró hasta después de que cumplió la mayoría de edad, Carolina abandonó totalmente el consumo de drogas y no protagonizó más episodios de autoagresión; no quiso estudiar nada, y aunque empezó varios cursos, no podía mantener el interés y los abandonaba al poco tiempo, pero aprendió a realizar todas las tareas de la casa y a cocinar muy bien. El alta de la internación se comenzó a trabajar varios meses antes de que se produjera, y había que resolver distintas cuestiones. En primer término, había que considerar que no tenía un lugar a donde ir a vivir, ya que la situación de su familia era sumamente conflictiva, riesgosa, y para Carolina volver a vivir con su padre y hermano, muy traumatizante; tampoco podía contar con la ayuda económica de ninguno de sus familiares, ya que excepto el padre, los demás no tenían trabajo estable. Se resolvió y se logró que comenzara a trabajar como empleada doméstica sin retiro y fuera a su casa algunos de sus días francos, ya que en otras ocasiones podía también ir de visita a la comunidad o a lo de alguna amiga.

En estos ejemplos se puede comprobar cómo la red social que recibe al ex paciente es determinante de la evolución que éste presente luego de haber recibido el alta de la internación. Si no se organizan propuestas alternativas posteriores, los ex adictos se exponen a situaciones de riesgo que hacen casi inevitable la recaída en el consumo u otras conductas antisociales, iniciando un ciclo de sucesivas internaciones alternadas con períodos variables de abstinencia en el consumo, pero con un deterioro cada vez mayor de su salud mental y física.

La fantasía que manifiestan algunos pacientes que han logrado superar su adicción y ven próximo el momento de irse de la institución, es permanecer en la misma, como si fuera su casa familiar, ya que es el único lugar que sienten seguro y afectivamente continente. Sin embargo, este no es el objetivo del tratamiento; la internación puede ser prolongada pero debe ser transitoria; no se trata de institucionalizar al adicto para siempre, cronificando la situación de exclusión. El fin que se intenta alcanzar con el tratamiento de recuperación es reintegrar al sujeto a su comunidad. El temor a enfrentar el afuera que manifiestan los ex adictos, no responde solamente a motivos intrapsíquicos, sino también y no en menor medida, a que perciben el mundo exterior como amenazante al no encontrar un medio social continente, ni en sus propias familias —que suelen estar gravemente perturbadas—, ni en la sociedad más amplia —en la que se enfrentan con graves restricciones a sus posibilidades de trabajar y disponer de una vivienda—.

En los casos en que el tratamiento se ha desarrollado en forma satisfactoria, durante el tiempo suficiente, y la familia pudo simultáneamente modificar sus comportamientos patológicos, el paciente egresa en condiciones de reintegrarse socialmente en forma activa; pero si esto no es así, aunque la tarea de recuperación realizada por el paciente haya sido satisfactoria, si la familia no ha podido modificar su funcionamiento perturbado o expulsivo la reinscripción social es un objetivo muy difícil de alcanzar.

Si un adulto joven no tiene posibilidades de sostener un proyecto de vida autónomo, no tiene futuro, y la recuperación que ha logrado corre un serio riesgo de naufragar; por ello es imprescindible que el Estado disponga la creación de recursos que cubran las necesidades que surgen a partir del alta del tratamiento de internación, en una sociedad que, atrapada en las leyes del mercado y con profundas desigualdades sociales, no los puede crear por sí misma.

Capítulo IV

Los aspectos preventivos

La prevención como política de Estado

Ante la magnitud que ha adquirido la problemática de la drogadicción y el narcotráfico en nuestro país, debería haber llegado el momento de plantearse una política de prevención seria y efectiva, enfrentando este grave problema social con una política de Estado, encarándolo como una cuestión que atañe a toda la nación⁴⁹. Esto significa abarcar todos los aspectos del problema, estableciendo prioridades, planes y soluciones que vayan más allá de la coyuntura y del partido político de turno, es decir como un tema que debe ser abarcado y resuelto por el Estado con continuidad en el tiempo y prescindiendo de las contingencias políticas circunstanciales.

En este tema, la prevención y el tratamiento están estrechamente relacionados. Es necesario encarar una política firme de prevención primaria, es decir con el fin de que los jóvenes no

49. El ministro del Interior de la Nación, Dr. Aníbal Fernández, dijo en la apertura de la 16ª Reunión de Jefes de Organismos Nacionales Encargados de Combatir el Tráfico Ilícito de Drogas en América Latina y el Caribe: "Durante años, y me hago cargo de lo que digo, el Estado argentino no ha sido contundente en la lucha contra el narcotráfico (...) la lucha contra la droga debe ser más que una política de Estado: debe ser una cuestión de Estado".

se inicien en el consumo de sustancias psicoactivas, y a partir de allí plantear la prevención de la recaída en el consumo de los pacientes que ya han hecho un tratamiento de recuperación. Ambos aspectos —prevención y tratamiento— son imprescindibles y deben ser atendidos simultáneamente.

Teniendo en cuenta además que las causales de este fenómeno son múltiples y abarcan tanto aspectos macrosociales como microsociales, la prevención debe ser vista, porque lo es, como un tema fundamentalmente político. En la medida en que la sociedad asuma estos temas como prioritarios, podrá exigir que desde el Estado se planifique sistemáticamente, abordando todos sus aspectos, una política de prevención.

Cuando intentamos explicarnos la masividad del consumo de sustancias psicoactivas llegamos a la conclusión de que la raíz del fenómeno se encuentra en la entraña misma del sistema económico social en el cual vivimos, ya que en una sociedad consumista, este es un consumo más. La producción de una cada vez más amplia y variada oferta de drogas, su comercialización y su consumo están estrechamente relacionados con otros sectores de la economía, y la frontera entre lo legal y lo ilegal se torna confusa. Sin embargo y a pesar de ello, es mucho lo que se puede hacer, si no para eliminarla en forma total, al menos para limitarla fuertemente.

Siendo el tráfico de las drogas un negocio global, donde confluyen mafias internacionales con intereses políticos, la actividad de los grandes bancos, la producción de la industria química y otras asociadas, etc., es poco lo que se puede hacer a ese nivel, además de denunciarlo y presionar para limitar su accionar. Pero es posible actuar con más efectividad a nivel nacional si se tiene la voluntad política para hacerlo y la sociedad exige a sus funcionarios que cumplan con el mandato que se les ha dado, obstaculizando el desenvolvimiento de los narcotraficantes con leyes adecuadas y extremando su cumplimiento en todos los niveles de la sociedad.

En lo inmediato se deben tomar medidas dirigidas al control efectivo de los insumos químicos que se utilizan como precursores en el procesamiento de las hojas de coca y en la fabricación de drogas sintéticas, tanto en la etapa de producción como en la de comercialización, tanto en el consumo interno como en la exportación, teniendo en cuenta que esta última es una actividad que crece día a día.

Se debe legislar sobre el lavado de dinero para obstaculizarlo lo más posible; esta legislación traería consigo el beneficio adicional de que no se aplica solamente al dinero obtenido por la venta de drogas, sino también a las ganancias que se obtienen por las distintas formas de corrupción privada y estatal. Este es un tema que en nuestro país se está debatiendo políticamente desde hace varios años, sin que se haya podido resolver la promulgación de leyes realmente efectivas. Sucede que para resolverlo es necesario tener la voluntad política y el poder suficiente como para enfrentarse a los grandes bancos, que son los que se ocupan de este trabajo, y a los distintos actores del establishment local que se benefician con la actividad. En el lavado de dinero sucio, en todo el mundo se utilizan habitualmente como pantalla las inversiones inmobiliarias y en hotelería, rubros que están teniendo gran desarrollo durante el último tiempo en nuestro país. No es necesario ser muy suspicaz para darse cuenta de que habría que agudizar la mirada sobre estas actividades.

Para evitar que miles de jóvenes opten por recurrir a las drogas para enfrentar la angustia, el vacío existencial y la falta de futuro, es urgente e imprescindible que la sociedad elimine las causas que la producen: la pobreza y las indignas desigualdades sociales. Todos los ciudadanos deben tener acceso a un trabajo, y éste debe ser retribuido con un salario suficiente para cubrir sus necesidades básicas de vivienda, educación, salud y recreación.

Hemos visto que los cambios que se han producido en la organización económica y política del país (y del mundo),

durante las últimas décadas, han provocado un deterioro de la trama social y el aislamiento de las familias. Los vínculos afectivos familiares se han dañado, dejando a los niños que crecen en estas familias sin el necesario sostén de sus padres y sus madres. Esto debe cambiar. Sin embargo, es un objetivo que sólo puede lograrse a largo plazo y con la movilización de toda la sociedad en su conjunto en pos de vivir en un país más justo y mejor. Es el único camino cierto y seguro que permitirá lograr personas integradas socialmente y comprometidas con su tiempo, generando un ambiente apto para que pueda mantenerse la estructura familiar que se requiere para que los niños crezcan cuidados por sus padres.

Varias décadas atrás, mucho antes de los estragos producidos por el neoliberalismo económico, Winnicott señalaba que en la vida del hogar se tejen complejas relaciones interpersonales, y si todo anda bien en la “relación con los adultos y con otros niños, aun así (el niño) comenzará a enfrentar complicaciones (...) Cuanto más pensamos en estas cosas, más comprendemos por qué los bebés y los niños pequeños necesitan absolutamente el marco de su propia familia y, de ser posible, una estabilidad del ambiente físico también; y de tales consideraciones deducimos que a los niños carentes de vida hogareña hay que proporcionarles algo personal y estable cuando todavía son bastantes pequeños como para aprovecharlo en cierta medida, o bien nos obligarán más tarde a proporcionarle estabilidad en la forma de un reformatorio o, como último recurso, de las cuatro paredes de una celda carcelaria”⁵⁰.

Hoy día hemos podido confirmar que lo que no se invierte en proteger los derechos laborales, la maternidad, la infancia, y la educación, se invierte luego en construir cárceles.

50. Winnicott, D.: *Deprivación y delincuencia*. Paidós, 1984, Pág. 143.

El drama de la niñez que crece en la marginalidad en nuestro país ha adquirido una enorme dimensión, que no se limita a las grandes ciudades sino que abarca todo el territorio, incluyendo las pequeñas poblaciones, y esto no se resuelve con asistencialismo y entregando comida. Es necesaria una política integral que va desde la educación para la salud —con la consiguiente libertad de cada pareja para elegir los hijos que quiere tener—, hasta la satisfacción de las necesidades básicas de esa familia que se ha formado.

Ante la realidad de los niños que por dificultades de los padres no pueden ser criados por ellos, se deben proveer soluciones rápidas y adecuadas antes de que los daños psíquicos y físicos sean irreparables. La infancia es irrecuperable, en los primeros años se forma la estructura psíquica del futuro adulto, y es necesario implementar planes que resuelvan los problemas de los niños mientras son pequeños. Hay que desburocratizar la atención de la niñez ampliando la oferta de recursos; se debe modificar la ley de adopción, que está demostrando no ser lo suficientemente adecuada, y revisar la gran cantidad de planes asistenciales que existen hoy para aplicar en las situaciones de abandono y que en muchos casos sólo sirven para perpetuarlas.

Existen en el país varios organismos nacionales y provinciales que se ocupan de la atención de los niños y adolescentes en riesgo. Estos organismos aplican o supervisan distintos programas diseñados para cumplir con sus objetivos, como por ejemplo: amas externas, familias sustitutas, pequeños hogares, familias de acogimiento, institutos, etc. que con distintas formas de organización e implementación se proponen cuidar al niño y mantener el vínculo con la familia biológica; sin embargo, según estamos pudiendo observar, pasado un cierto tiempo de permanencia de los niños en estos programas, el resultado final es que se consolida la situación de abandono.

La ley 26.061 tiene como objetivo resolver estos problemas en el marco de la Convención de los Derechos del Niño,

pero aún no hay acuerdos entre los municipios, las provincias y la Nación que demuestren que se está trabajando activamente para lograrlo.

Una aproximación a las medidas preventivas

Es posible tomar medidas de alcance más acotado pero focalizado, por su inmediatez y proximidad, sobre la problemática de las adicciones, desde los municipios, los hospitales y las escuelas. Es muy importante impedir el fácil acceso de los adolescentes al alcohol y las drogas. La tarea de prevención con los adolescentes no se refiere a actuar detectivescamente, tratando de descubrir la tenencia o el consumo de drogas, sino a estar atentos a la aparición de situaciones problemáticas y conflictos que afecten la vida de los jóvenes, que pueden o no estar consumiendo drogas.

El gobierno comunal tiene mucho para hacer, porque al estar circunscrito a áreas geográficas más pequeñas y a poblaciones más reducidas, tiene el conocimiento de primera mano de la problemática del lugar, sabe de las necesidades y problemas que tienen los vecinos, y entre éstos en particular cada sector social. Debido a este acceso directo que tiene a la problemática socioeconómica local, es el nivel de gobierno que está en mejores condiciones para realizar prevención primaria, articulando recursos, movilizand las fuerzas sociales de la población a través de las sociedades de fomento, clubes barriales, asociaciones vecinales, salas de primeros auxilios, cooperadoras, iglesias, etc., creando nuevas redes sociales o fortaleciendo las ya existentes. En el Municipio de Vicente López, entre los años 1985 y 1995 se realizó una experiencia de prevención de adicciones, conducida por el Dr. Wilbur Grimson, que abarcó toda la estructura comunitaria, integrando los organismos estatales como centros

de salud, hospitales y escuelas, con ONG, sociedades de fomento y algunas instituciones privadas como clubes, con el objetivo de "... promover acciones de solidaridad social, interacción juvenil y capacitación profesional. La mejor forma de prevenir el abuso de drogas es no ocuparse de la droga en sí, sino de todo lo demás: el hueco social en que la droga se instala señalando con su presencia otras carencias"⁵¹.

Se trata de crear redes sociales, motivando, conectando y facilitando la movilización e integración de los recursos que posee la sociedad con el objetivo de lograr un fin común —en este caso, favorecer el entramado social que contenga a los jóvenes evitando la aparición de conductas adictivas y apuntando al fortalecimiento de la salud mental—.

Los hospitales y centros de salud periféricos forman parte del sistema que se ocupa de la atención primaria, y deben contar con servicios de salud mental que respondan a las necesidades del lugar, para desde allí también promover el conocimiento de la problemática adolescente y de las adicciones en particular; porque si bien en las localidades pequeñas del interior el acceso a las drogas puede ser más difícil, ya que un vendedor no pasa desapercibido, el acceso al alcohol es tan fácil como en cualquier gran ciudad⁵². La depresión que afecta a los jóvenes que encuentran dificultades para plantearse un proyecto hacia el futuro, la maternidad adolescente y el abuso del alcohol, son problemas sociales que se pueden encontrar en cualquier población. En consecuencia, los hospitales deben estar

51. Grimson, Wilbur: *Sociedad de adictos*. Planeta, 1999, Pág. 36.

52. Las personas que presentan indicadores de pobreza tienen los porcentajes más altos de abuso de alcohol, de cualquier bebida y de cualquier día de la semana. También el consumo es mayor entre los habitantes de las localidades de 100 y 500 mil habitantes. A medida que disminuye el tamaño de las localidades, aumentan los porcentajes de abusadores de vino y cerveza, en cualquier día de la semana. Ver: Segundo estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas. Población de 12 a 65 años, 2004, SEDRONAR.

adecuadamente equipados, tanto ediliciamente como en lo que respecta a personal capacitado, para brindar el primer nivel de atención requerido por la población joven del lugar.

Se deben crear redes de salud que abarquen todo el tratamiento de recuperación y el seguimiento posterior, incluyendo la reinserción social de los ex adictos, porque, como ya hemos dicho, consolidar esta última etapa previene las recaídas en el consumo.

Por la población que atienden, son las escuelas las primeras instituciones que detectan y sufren los problemas relacionados con las adicciones en los jóvenes. Al ser el espacio donde los niños y adolescentes desarrollan sus actividades diarias fundamentales, es mucho lo que se puede hacer desde allí en el área de la prevención y detección primaria; sin embargo, esto no está sucediendo así, y lo que se ha dado en llamar comunidad educativa está formado por tres sectores que deberían tener objetivos comunes, pero que con demasiada frecuencia están enfrentados: los alumnos, los docentes y los padres. Los padres que han perdido la confianza en las instituciones, se enojan y no responden a los pedidos e indicaciones de la escuela. Los docentes que no cuentan con los recursos e infraestructura necesarios, se sienten descalificados, y en ocasiones carecen de la capacitación suficiente para resolver los problemas que les presentan los alumnos, responsabilizan a las familias, sucumben a las presiones, toman actitudes autoritarias y descuidan la enseñanza. Los alumnos se enfrentan a padres y docentes, se desinteresan de las tareas escolares y, si les es permitido, dejan de concurrir a la escuela. Sin embargo, otra realidad debería ser posible, una realidad donde los adultos, es decir, padres y docentes, traten de trabajar con el objetivo de ofrecer la mejor educación posible para los alumnos. Considerando que la mejor educación no es sólo la que cuenta con computadoras conectadas a Internet, sino también la que se ocupa del desarrollo integral de los chicos a cargo.

Más allá de los discursos, urge modificar el sistema educativo, particularmente el estatal, adecuándolo a las necesidades de la época. La escuela debe estar dotada con docentes altamente capacitados y en la cantidad apropiada para cada escuela en particular, y para cada grado según sus propias características. Son necesarios edificios escolares con instalaciones modernas, suficientes y en buenas condiciones, y promover la escuela de doble jornada en todo el ámbito nacional. Los cambios son imprescindibles, no solamente porque para que un chico aprenda todo lo que necesitará en el futuro se necesitan más y mejores horas de clase que las que dispone actualmente; sino porque la escuela, además de ser el lugar donde se adquieren los conocimientos básicos, es después de la familia el principal ámbito de socialización, y mientras el niño o el adolescente está en la escuela aprendiendo y relacionándose con sus pares en un espacio intelectualmente estimulante y afectivamente contenido, no se queda solo en la casa mirando lo que le ofrece la televisión, o en la calle exponiéndose a toda clase de riesgos.

La escuela es una institución donde conviven jóvenes y adultos durante varias horas, y en la que estos últimos están en condiciones de adquirir un amplio conocimiento sobre los adolescentes a su cargo, como consecuencia del trato cotidiano. Esta cercanía les permite saber acerca de la formación de grupos, subgrupos y su dinámica; así como observar la evolución que a lo largo del tiempo presenta cada alumno individualmente, permitiéndoles centrar su atención en quien más lo necesita. Son los docentes quienes pueden saber si hay alumnos que se encuentran en situación de riesgo, si alguien está expuesto a situaciones de violencia familiar, y la existencia de otras circunstancias que pueden merecer una dedicación particular. Para ello es necesario que el docente observe las actividades que realizan los alumnos y las relaciones que establecen entre sí; los escuche atentamente (aunque se expresen mal);

los mire con ojos bien abiertos, para ver un poco más allá de lo que quieren mostrar; que hable poco y sin mentir (porque ellos se dan cuenta); y les marque límites claros y precisos, no para expulsarlos, sino para contenerlos.

La escuela debe asumir el rol protagónico que sin duda tiene en la vida de los adolescentes, porque de hecho es así, y si se continúa con la actitud negadora de este protagonismo como ha sucedido hasta ahora, se lo ejerce por lo negativo, habiéndose convertido de esta forma en una institución expulsiva, con un alto índice de desgranamiento, particularmente grave en el nivel secundario. Este alto grado de deserción no logrará revertirse solamente con una ley que declare obligatoria la enseñanza media. La propuesta es intentar otras alternativas superadoras, que logren incluir, abarcar a la mayor cantidad de chicos que sea posible, antes de que se escapen del sistema educativo.

La escuela debe y puede hacer mucho por los chicos que se están alejando de una familia que no los puede contener; más aún, puede ser un interlocutor atento y continente para padres preocupados y desbordados por problemas familiares. Para poder cumplir este rol hay que estar preparados y dispuestos a soportar muchas presiones, a tolerar una enorme carga de ansiedad y angustia de padres e hijos; es seguramente una tarea difícil, pero es un esfuerzo que vale la pena intentar, porque los alumnos de las escuelas secundarias son muy jóvenes y la tarea que se haga con ellos tiene muchas posibilidades de éxito.

Es necesario que la escuela se abra a los padres y a los alumnos ofreciendo espacios de reflexión y actividades alternativas que respondan a sus intereses y necesidades, favoreciendo la creación de lazos sociales. Este tipo de actividades, para ser efectivas, deben tener continuidad en el tiempo, ya que si perduran y se continúan de un año a otro son percibidas como confiables y tanto los jóvenes como los adultos se irán incorporando a ellas.

Este rol activo que la escuela debería jugar en la vida de sus jóvenes alumnos, no depende solamente de la buena disposición del personal directivo y docente, sino de los objetivos que desde la política educativa se fijan para ella, porque si se trata de crear una escuela abierta y participativa se necesitan recursos económicos y de personal, que permitan trabajar en pos de estos objetivos. No se propone que los maestros o profesores se ocupen de estas tareas, sino que se contemple la participación en forma planificada y sistemática de equipos profesionales capacitados para hacer prevención con adolescentes, abarcando integralmente la problemática de los alumnos.

Con relación a la problemática que nos ocupa, los padres tienen mucho que hacer en apoyo de los docentes, y viceversa. Es muy habitual que si en un curso hay uno o más chicos que están consumiendo sustancias o se emborrachan en las salidas que realizan, los padres de los otros alumnos lo sepan, porque sus hijos lo comentan en la casa, ya que en algún momento los adolescentes cuentan, si no las transgresiones que cometen ellos, sí las que cometen los demás. Ante esta situación, son los padres los que deben hacerse cargo de su responsabilidad y tomar una postura activa para que la situación sea conocida por la escuela y/o las familias involucradas, con el fin de acercarse al adolescente para ayudarlo a resolver el problema que está atravesando.

No es fácil abordar un conflicto como éste siendo un tercero no incluido, ya que los adolescentes se resisten a que sus padres se involucren en una situación que consideran que no les compete, en un ambiente que consideran su propio territorio, y con un propósito que asocian con “ser ortiva”, con una actitud policial de delación. Sin embargo, consideramos que es posible hablar con ellos acerca de la pertinencia de intervenir en una situación de conflicto, para que puedan comprender y aceptar como un aspecto de la responsabilidad paterna la práctica de un comportamiento solidario y de compromiso

ante una situación problemática que puede ser resuelta y a la que no se es totalmente ajeno.

Cuando la familia es desbordada por los conflictos y los hijos quedan sin la contención necesaria, adquieren gran importancia y protagonismo las otras instituciones, además de la escuela, en las que el chico participa, tales como los clubes o centros barriales, las iglesias, etc., y como parte integrante de las mismas, los adultos que dirigen las actividades dirigidas a los jóvenes. Ellos también tienen acceso a la información que circula entre los chicos y no deben hacer oídos sordos; deben escuchar, hacerse cargo de lo que sucede y actuar en consecuencia, porque bien puede tratarse de un indirecto pedido de ayuda, ante el cual la respuesta no debería ser un silencio cómplice.

En la adolescencia, los límites entre lo normal y lo patológico son más difusos que en otras etapas de la vida, y muchas de las actitudes antisociales que pueden observarse en un adolescente en un momento dado, transcurrido cierto tiempo quedan como una experimentación circunstancial que no se ha convertido en una conducta habitual. Sin embargo, cuando estas conductas se repiten deben ser observadas y tenidas en cuenta para evitar que se perpetúen y eventualmente se agraven; nos referimos, por ejemplo, a los chicos que regularmente se emborrachan los fines de semana, a los que siempre que van a bailar consumen drogas, a los que se involucran en episodios de violencia, a los que se muestran particularmente solitarios o aislados, etc.

En el área de la prevención no podemos olvidar el papel que juegan los medios de comunicación social, por ser creadores y transmisores de valores y modelos sociales, y de ellos en particular la televisión, debido a su masiva penetración. Así como evaluamos que los medios no son inocentes con respecto a la proliferación de las adicciones —tanto por las publicidades que emiten, como por el rol que cumplen como reforzadores de modelos de comportamientos sociales que

exacerban el consumismo, las actitudes escapistas, discriminatorias, banales y en algunos casos francamente perversas—, también hay que considerar que pueden ser utilizados para favorecer la difusión de modelos diferentes.

Los medios de comunicación no son propiedades privadas desde las que se puede emitir cualquier mensaje sin responsabilidad y sin escrúpulos. Son empresas privadas que explotan económicamente un servicio público, han recibido en concesión frecuencias que pertenecen al Estado; en consecuencia, deben responder a los intereses de la sociedad, al bien común, y cumplir éticamente con su función. A partir de esta concepción, se pueden tomar distintas medidas, como por ejemplo prohibir o limitar la publicidad de bebidas alcohólicas; difundir campañas publicitarias sistemáticas y responsables que apunten a crear conciencia acerca de los riesgos de las adicciones y de su importancia como enfermedades sociales; estimular el debate sobre estos temas; etc. Tendría una gran trascendencia e importantes consecuencias el transmitir un mensaje esclarecedor y reflexivo a través de los programas que cuentan con mayor cantidad de público adolescente.

La prevención del consumo de drogas consiste en evitar las causas que lo generan, y trabajar con ese objetivo es una responsabilidad social que involucra a todos. Sería deseable, como decíamos al comienzo, que ante la magnitud que ha tomado el tráfico y el consumo de drogas en nuestro país, se decida combatirlos sistemáticamente y con responsabilidad, y simultáneamente proteger a los jóvenes más vulnerables para evitar que se inicien en la carrera adictiva. Ahora bien, para que esto suceda es la sociedad la que debe tomar conciencia de la necesidad de que ello ocurra.

Si la sociedad, que es víctima y victimaria de la drogadicción, no exige que se termine con esta epidemia, ningún poder del Estado va a enfrentarse a los grandes intereses económicos y políticos que están detrás de este negocio.

Capítulo V

Consideraciones finales

A modo de resumen se puede decir que el consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente en la historia de la humanidad desde los más remotos tiempos, pero a partir del siglo XX y particularmente en estas últimas décadas se ha masificado, asumiendo características modeladas por el momento histórico y las condiciones económico-sociales propias de la época.

No sólo ha habido un cambio y un aumento del consumo de sustancias, sino que ha habido cambios en la calidad de las mismas, incorporándose a las ya tradicionales nuevas drogas de producción sintética, por lo cual a las sustancias derivadas del opio, la hoja de coca, el cannabis y los distintos hongos alucinógenos se agregan permanentemente sustancias producidas en laboratorios, ya sea específicamente para ser usadas como estimulantes, o productos de uso farmacológico y/o industrial que se desvían hacia el comercio ilegal. La producción y comercialización de estas sustancias han creado un negocio varias veces millonario, que trasciende las fronteras, y ligado a él organizaciones mafiosas sumamente poderosas y de extrema peligrosidad.

Todo parece indicar que la drogadicción y el narcotráfico han llegado para quedarse, pero esto no significa que haya que someterse pasivamente a sus mandatos. Es imprescindible tomar

medidas para erradicar a los narcotraficantes y recuperar a los adictos, que hasta el momento han proliferado sin demasiados obstáculos, en mi opinión porque tanto un sector como el otro son funcionales al sistema.

El narcotráfico mueve cifras millonarias, y en un orden económico donde la única meta es la ganancia sin importar cómo se obtiene, sus consecuencias negativas son perfectamente tolerables.

En un sistema social donde es estimulado el consumo desmedido, al igual que la pasividad y la ausencia de pensamiento crítico, los ciudadanos, jóvenes en particular, que estén “disponibles” para permanecer en la apatía, sin proyectos, sin cuestionamientos, sin exigencias y proclives a auto-destruirse por una dosis de droga, son perfectamente funcionales al sistema. Son personas tan descartables como los productos industriales.

Hay que terminar con esta concepción mercantilista. Es necesario valorizar la vida y defenderla, combatiendo la corrupción y el consumismo desmedido, transmitiendo valores de dignidad humana y a partir de allí elaborar las políticas macro y micro-sociales que apunten a sostenerla.

Exigir al Estado y a la sociedad en general, comprometiendo la responsabilidad de las organizaciones privadas dedicadas a los rubros de la salud, la educación, etc., la atención de los jóvenes y la provisión de los recursos necesarios para el tratamiento integral de los trastornos que los afectan y su prevención. Algunos pasos se están dando, pero no son suficientes.

Las empresas de salud deben ser obligadas a atender las adicciones en forma integral y por el tiempo que se requiera hasta alcanzar el objetivo propuesto.

Las empresas y los distintos organismos del Estado deben dar empleo a los ex adictos, creando proyectos especiales si fuera necesario, que promuevan la capacitación de los jóvenes para permitir su acceso al trabajo.

También se debe contemplar para los adictos recuperados el acceso a una vivienda, que en un principio probablemente deba ser un albergue protegido.

La epidemia de la drogadicción se extiende, y es necesario detenerla ofreciendo tratamientos adecuados y un proyecto de vida digno para quienes son más vulnerables, antes de que sea demasiado tarde.

Apéndice

Breve glosario de las sustancias psicoactivas cuyo uso es más habitual en nuestro medio

Alucinógenos: son sustancias que producen alteraciones profundas en la percepción de la realidad. Bajo su influencia se ven imágenes, se escuchan sonidos y se perciben sensaciones que parecen reales pero no lo son. También pueden producir cambios emocionales rápidos e intensos. Estas drogas actúan sobre los neurotransmisores, alterando el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico. Los alucinógenos más conocidos son: la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), la marihuana, los hongos psilocibicos y el cactus peyote, la mezcalina y la ibogaína. El LSD es el alucinógeno más potente que se conoce, y una dosis de 30 microgramos puede producir efectos durante más de 6 horas a partir de la media hora de haber sido consumido; sin embargo, rápidamente genera tolerancia y es necesario aumentar la dosis, aunque no produce dependencia física. Dos efectos a largo plazo se conocen asociados al uso de LSD: psicosis persistente y trastorno perceptivo persistente por alucinógeno, durante el cual aparecen distorsiones espontáneas y repetitivas como las originalmente producidas por el uso de la droga.

Éstas pueden aparecer mucho después de haberse suspendido el consumo y persistir durante un tiempo.

La drogas disociativas también alteran el funcionamiento de los neurotransmisores, pero no producen alucinaciones, aunque sí distorsionan las percepciones visuales y auditivas, y generan sentimientos de aislamiento o disociación del medio externo y de sí mismo. Son éstas, la ketamina, el PCP (clorhidrato de feniciclidina, que recibe distintos nombres en el argot de los adictos, siendo el más conocido “polvo de ángel”), y el dextrometorfano. Estas drogas se encuentran legalmente en distintos medicamentos, por ello los adictos los usan concentrados y en mayor cantidad para aumentar su efecto, que varía con la dosis. El uso prolongado produce disminución de la memoria, amnesia, desorientación, depresión, etc. Bajo el efecto de estas drogas pueden producirse sensaciones aterradoras de disociación y separación del cuerpo, que duran varias horas.

Anfetaminas: es el fármaco estimulante del sistema nervioso central más consumido. Se presenta en comprimidos o cápsulas, y suele ser utilizado en tratamientos para la obesidad como anorexígeno, y en el tratamiento de la disfunción cerebral mínima en los niños. Usado habitualmente produce sensación de alerta intensificada, agitación, hiperactividad, locuacidad, incluso alucinaciones e ideas delirantes; terminado el efecto emergen la fatiga y la depresión. Fácilmente generan tolerancia y dependencia psico-física. El uso prolongado provoca pérdida del apetito, taquicardia, escalofríos, dilatación pupilar, fofobia, etc.

Las drogas de diseño, producidas por síntesis química, poseen una estructura química y una acción sobre el sistema nervioso similares a las de las anfetaminas. La más conocida de ellas es el MDMA, popularmente llamada “éxtasis”, y

se la clasifica como psicodisléptica, es decir que perturba la actividad mental y produce una desviación delirante del juicio que induce a confusión y despersonalización. A nivel fisiológico produce taquicardia, hipertensión, sudoración, contracción de la mandíbula, hipertermia, ansiedad, irritabilidad, dificultad de concentración, etc. El peligro de las consecuencias adversas aumenta cuando hay preexistencia de problemas psíquicos, neurológicos y/o físicos.

Cocaína: es un estimulante muy adictivo, que se presenta básicamente de dos formas: clorhidrato de cocaína, como un polvo blanco, y los cristales de cocaína o *freebase*. El clorhidrato se aspira y absorbe por la mucosa nasal, o se disuelve en agua y se inyecta. El freebase se puede fumar, y se lo conoce como “crack”. Los efectos de la cocaína se perciben casi de inmediato y persisten después de varios minutos u horas; generan sensación de euforia, estimulación y alteración de los sentidos, sensación de omnipotencia, fortaleza física y mental. El efecto de euforia es más intenso cuanto más rápida es la absorción, pero a mayor velocidad de absorción menor es el tiempo que dura el efecto. El uso prolongado y el abuso de esta sustancia produce diversas complicaciones médicas, fundamentalmente cardiovasculares, neurológicas y abdominales; también hemorragias y rinitis crónicas, insomnio, falta de apetito, y exacerbación de los sentimientos paranoides, entre otras. Es particularmente peligrosa la combinación de cocaína y alcohol, que puede producir la muerte, al igual que una sobredosis. Como con toda droga inyectable, al consumirse por esa vía, compartiendo la jeringa, es muy alto el riesgo de contagio de VIH, hepatitis, etc.

Esteroides anabólicos-androgénicos: son sustancias sintéticas relacionadas con las hormonas sexuales masculinas. Las

principales razones por las que las personas de ambos sexos consumen esteroides son: para aumentar la musculatura, bajar de peso y mejorar el rendimiento en los deportes. Algunos esteroides anabólicos se administran oralmente, otros se inyectan intramuscularmente, y otros se frotran en la piel en forma de crema o gel. Los abusadores de esteroides usualmente mezclan las drogas, usando dos o más en diferentes presentaciones, en la creencia de que van a obtener un mayor resultado. El abuso de los esteroides anabólicos produce gran diversidad de efectos adversos, como acné y desarrollo de senos en los hombres, y la masculinización en las mujeres; también ha sido asociado con enfermedades cardiovasculares y tumores hepáticos. En el área de la conducta, los esteroides anabólicos consumidos en dosis altas aumentan la irritabilidad y la agresividad. Algunos de estos efectos son reversibles si se interrumpe el consumo de estas sustancias, pero otros son permanentes.

Heroína: es el opiáceo de acción más rápida, altamente adictivo y el más abusado. La heroína se procesa como derivado de la morfina, y se vende en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida en las calles como “goma” o “alquitrán negro”. La heroína generalmente se inyecta, se inhala, se aspira o se fuma. Un abusador de heroína puede inyectarse hasta cuatro veces por día. La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa la oleada de euforia más rápida, a los pocos segundos; si es inhalada o fumada el efecto máximo se siente a los 10 o 15 minutos. Sin embargo, se está registrando en los países consumidores un aumento de los jóvenes que utilizan la heroína de mayor pureza que se puede inhalar o fumar. La heroína consumida llega al cerebro, y rápidamente se liga con los receptores naturales de opioides, lo que es percibido como una oleada de sensaciones

agradables e intensas, llamada “rush”. Después de los efectos iniciales, el usuario estará somnoliento por varias horas; puede sentir acaloramiento, sequedad de la boca, pesadez en las extremidades, náuseas, vómitos y picazón. La función mental se ofusca por la acción de la droga en el sistema nervioso central, las funciones cardíacas y respiratorias disminuyen, por ello el riesgo de sobredosis es muy alto. La heroína también produce grados profundos de tolerancia y dependencia física, que favorecen el uso compulsivo. El síndrome de abstinencia puede ocurrir a las pocas horas de haber consumido la última dosis de la droga. Los síntomas de la abstinencia incluyen inquietud, dolor de músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómitos, escalofríos y movimientos involuntarios, y pueden durar varios días. El uso prolongado de heroína provoca daños en las venas, infecciones de los vasos sanguíneos, enfermedades hepáticas, renales y pulmonares; además de que muchos de los aditivos que se utilizan para “cortar” la droga que se vende en las calles son tóxicos en sí mismos.

Inhalantes: son sustancias volátiles cuyos vapores químicos pueden ser inhalados, para provocar un efecto psicoactivo o un estado de alteración mental. Esta denominación abarca gran cantidad de químicos que se encuentran en diferentes productos domésticos, industriales y farmacológicos, por lo cual es difícil clasificarlos. Pero un ordenamiento posible los separa en cuatro categorías: disolventes volátiles, aerosoles, gases y nitritos.

Los disolventes volátiles son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente; se encuentran en los diluyentes y removedores de pintura, productos de limpieza, pegamentos, líquidos correctores y la tinta de los marcadores con punta de fieltro. Los aerosoles son rociadores que contienen propulsores y disolventes; se incluyen las pinturas pulverizadas, fijadores

de pelo, limpiadores, etc. Entre los gases tenemos las anestésias (éter, cloroformo, óxido nitroso —conocido como gas hilarante—, etc.), así como gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales como encendedores, refrigerantes, etc. Los nitritos no actúan sobre el sistema nervioso central sino sobre los vasos sanguíneos y los músculos, razón por la cual se los utiliza fundamentalmente para intensificar el placer sexual; algunos son de uso común en medicina que se desvían al circuito ilegal.

Los inhalantes, particularmente los disolventes volátiles, gases y aerosoles, frecuentemente se encuentran entre las primeras drogas utilizadas por los niños, aunque su uso puede hacerse crónico y extenderse hasta la adultez.

Los efectos producidos por los diferentes inhalantes son variados, pero una de las sustancias más frecuentemente buscada es el tolueno, que es un disolvente ampliamente utilizado en productos domésticos e industriales y que actúa activando el sistema de dopamina cerebral, produciendo una placentera sensación de euforia y disminución de la inhibición. En general, los inhalantes producen efectos similares a los del alcohol, pero como permanecen sólo durante algunos minutos, los abusadores tratan de prolongar la euforia inhalando repetidamente a lo largo de varias horas. Posteriormente, el usuario puede permanecer somnoliento durante largo tiempo y sufrir dolor de cabeza, aturdimiento, beligerancia, reflejos deprimidos, etc.

El uso prolongado de inhalantes provoca consecuencias médicas devastadoras. Los efectos neurotóxicos incluyen síndromes neurológicos que muestran daños a sectores del cerebro que involucran el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Las anormalidades pueden ir desde un leve deterioro hasta una demencia severa. Los inhalantes son también muy tóxicos para otros órganos, y aunque algunos de los daños

producidos al sistema nervioso y al resto del organismo pueden ser por lo menos parcialmente revertidos cuando se interrumpe su uso, muchos otros son irreversibles.

Marihuana: es la droga de inicio más difundida en el mundo, y se extrae de la *cannabis sativa*, vulgarmente conocida como cáñamo indio. De la planta se utilizan las flores y hojas secas trituradas, que se fuman en forma de cigarrillo, comúnmente llamado “porro”. También se utiliza la resina de la planta para producir hachís, donde el alcaloide se encuentra más concentrado, pero esta forma de consumo en nuestro país no es habitual, aunque en otras regiones sí lo es. La sustancia psicoactiva más importante que posee la marihuana es el tetra hidro cannabinoil (THC). En la primera media hora tras haber sido consumida, produce sensación de placidez, euforia, intensificación de las percepciones, que pueden llegar a las alucinaciones, alegría irrefrenable con ataques de risa, desinhibición, etc.; pasado el efecto euforizante aparecen la angustia y la depresión. Es una droga que genera tolerancia, por lo cual su consumo suele aumentar progresivamente. En los fumadores habituales encontramos confusión mental, déficits en la concentración y la atención, dificultad para pensar, y un agravamiento de las alteraciones de la personalidad, pudiendo desencadenar episodios psicóticos. En el resto del cuerpo produce trastornos cardíacos, pulmonares, afecta la capacidad inmunológica, etc. y, al igual que el alcohol y el tabaco, los cannabinoides traspasan la barrera placentaria y afectan al feto.

Pasta base de cocaína (PBC): Conocida en nuestro país como “paco”, su consumo se hizo masivo hace alrededor de 10 años, por ser de muy bajo precio. La pasta base, además de los alcaloides de la hoja de coca, contiene diferentes

sustancias altamente tóxicas porque no ha sido suficientemente purificada, ya que es el resultado de la etapa inicial del procesamiento de las hojas y contiene aún los residuos de los solventes utilizados en este proceso. Se vende como un polvo apelmazado de color blanco a marrón, según los componentes que contenga. Se consume fumándola sola o mezclada con tabaco o marihuana. Los efectos aparecen rápidamente después de consumida y duran varios minutos; en general se perciben como aumento de energía y estado de alerta, disminución del sueño y el apetito, verborrea, aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco y respiratorio, entre otros. A nivel cerebral se produce una liberación de dopamina que genera euforia; pasado este efecto inicial se produce una sensación muy desagradable de depresión y angustia, que se incrementa con el consumo prolongado. En situación de abstinencia se presenta disforia, irritabilidad, depresión (a veces con ideación suicida), ansiedad, y un fuerte deseo de consumir nuevamente sin importar los medios que se utilicen para obtener la droga. Las consecuencias del excesivo consumo produce una alteración a nivel de los neurotransmisores, con graves alteraciones en la conducta y síntomas psicóticos, difíciles de revertir; además de diversas y graves consecuencias a nivel corporal como resultado de la intoxicación que producen los solventes que posee.

Información estadística

A pesar del crecimiento económico registrado en la Argentina en los dos últimos años, casi la mitad de nuestros niños viven en la pobreza, siendo estos niños y adolescentes la población más vulnerable socialmente y donde mayor arraigo encuentran las drogas.

Incidencia de la pobreza

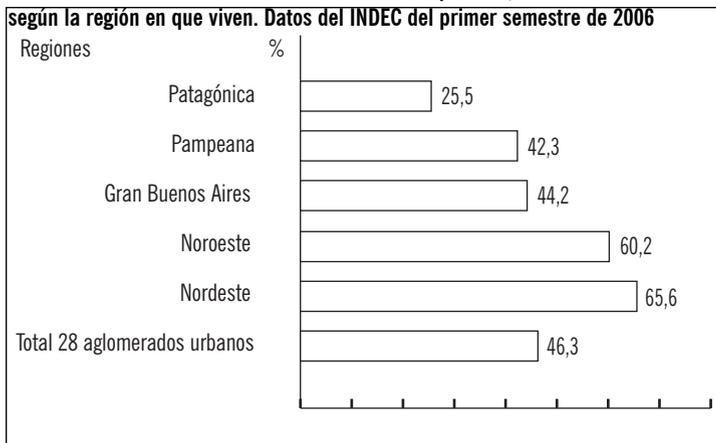
Por grupos de edad y grandes aglomerados urbanos, primer semestre de 2005. En %

Regiones	0 a 2 años	3 a 5	6 a 12	13 a 17	18 y más	TOTAL
Metropolitana	56,6	51,9	59,0	58,5	32,3	40,3
Pampeana	47,9	47,7	55,5	54,8	28,9	36,2
Noroeste	61,9	64,5	64,7	64,6	43,7	51,1
Cuyo	46,6	47,6	52,5	52,0	32,3	38,5
Nordeste	69,2	70,3	74,9	70,4	50,1	58,5
Patagonia	29,2	31,1	33,5	37,5	21,5	26,0
TOTAL	54,7	52,8	58,8	58,0	33,3	41,1

Fuente: Sociedad Argentina de Pediatría. UNICEF.

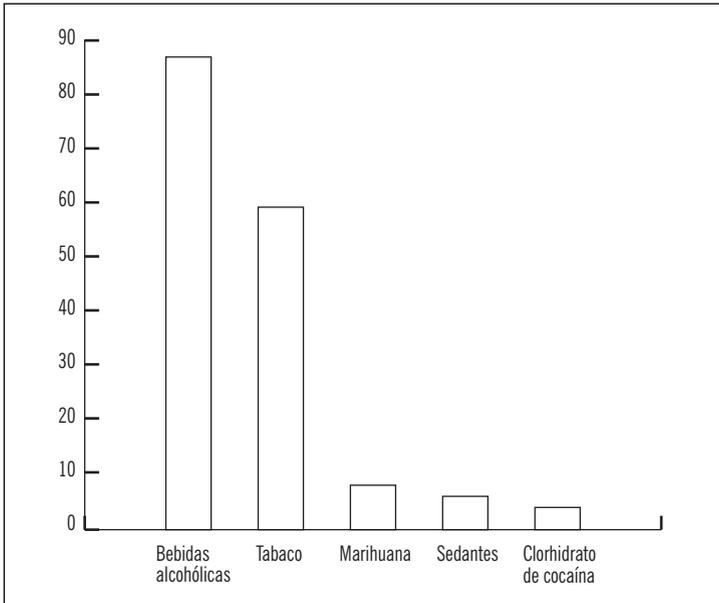
Población de menores de 14 años en situación de pobreza,

según la región en que viven. Datos del INDEC del primer semestre de 2006



De los distintos estudios epidemiológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas realizados por el Indec y la SEDRONAR, se han extraído los siguientes cuadros, que informan estadísticamente sobre algunos puntos de especial interés para este trabajo.

**Prevalencia de vida de consumo de las principales sustancias psicoactivas
Localidades de 100.000 y más habitantes.
Población total de 16 a 65 años de edad que consumió alguna vez en la vida
sustancias psicoactivas. Julio de 2004. En %**



Población de 16 a 65 años de edad que consumió alguna vez en el último año sustancias psicoactivas y prevalencia del último año de consumo de sustancias psicoactivas, por sexo y tipo de sustancia
Localidades de 100.000 y más habitantes. Julio de 2004

Sustancias psicoactivas	Total		Varones		Mujeres	
	Población que consume	Prevalencia del último año	Población que consume	Prevalencia del último año	Población que consume	Prevalencia del último año
Total de sustancias psicoactivas legales	11.777.319	79,6	6.120.898	87,5	5.656.421	72,6
Bebidas alcohólicas	10.758.690	72,8	5.788.231	82,8	4.970.459	63,8
Tabaco	5.502.863	37,2	2.801.591	40,1	2.701.272	34,7
Total de sustancias psicoactivas ilegales	307.202	2,1	228.566	3,3	78.636	1,0
Alucinógenos (1)	14.924	0,1	14.255	0,2	669	-
Clorhidrato de cocaína	49.985	0,3	49.316	0,7	669	-
Crack	8.522	0,1	5.465	0,1	3.057	-
Extasis	9.387	0,1	7.359	0,1	2.028	-
Inhalables (2)	6.452	-	-	-	6.452	0,1
Marihuana	286.658	1,9	219.300	3,1	67.358	0,9
Opiáceos y anestésicos (3)	3.340	-	1.911	-	1.429	-
Pasta base	669	-	-	-	669	-
Total de psicofármacos (4)	255.621	1,7	82.441	1,2	173.180	2,2
Estimulantes (5)	11.939	0,1	2.937	-	9.002	0,1
Sedantes (6)	243.682	1,6	79.504	1,1	164.178	2,1

(1) LSD, peyote, cucumelo, chamico, floripondio, etc.

(2) Pegamento, Poxirán, etc.

(3) Opio, morfina, heroína, codeína o Ketalar.

(4) Consumo sin indicación médica, o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico había recetado.

(5) Anfetaminas (Artane o Actemín), Tamlán, Rubifen o Ritalina.

(6) Valium, Lexotanil, Trapax, Rohypnol, Librium, etc.

Nota: las poblaciones de referencia son: total 14.786.539; varones: 6.993.812, y mujeres: 7.792.727.

Prevalencia del último año: proporción de personas de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva en el último año respecto del total de personas de grupo etario.

Prevalencia del último año de varones: proporción de varones de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva en el último año respecto del total de varones del mismo grupo etario.

La adicción a las drogas

Prevalencia del último año de mujeres: proporción de mujeres de 16 a 65 años que consumió alguna sustancia psicoactiva en el último año respecto del total de mujeres del mismo grupo etario.

“Los totales de sustancias psicoactivas legales, ilegales y psicofármacos no corresponden a la suma de las categorías que los componen ya que una persona puede consumir más de una sustancia.”

Fuente: SEDRONAR-INDEC, Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2004.

Población de 12 a 15 años de edad que consumió alguna vez en el último año sustancias psicoactivas y prevalencia del último año de consumo de sustancias psicoactivas, por sexo y tipo de sustancia Localidades de 100.000 y más habitantes. Julio de 2004

Sustancias psicoactivas	Total		Varones		Mujeres	
	Población que consume	Prevalencia del último año	Población que consume	Prevalencia del último año	Población que consume	Prevalencia del último año
Total de sustancias psicoactivas legales	601.169	36,0	304.934	34,0	296.235	8,3
Bebidas alcohólicas	568.293	34,0	290.830	32,5	277.463	35,8
Tabaco	145.29	58,7	73.080	8,2	72.215	9,3
Total de sustancias psicoactivas ilegales	12.366	0,7	5,25	20,6	7.114	0,9
Alucinógenos (1)	-	-	-	-	-	-
Clorhidrato de cocaína	1.540	0,1	1.540	0,2	-	-
Crack	-	-	-	-	-	-
Extasis	1.029	0,1	1.029	0,1	-	-
Inhalables (2)	3.766	0,2	1.833	0,2	1.933	0,2
Marihuana	8.692	0,5	4.223	0,5	4.469	0,6
Opiáceos y anestésicos (3)	712	-	-	-	712	0,1
Pasta base	-	-	-	-	-	-
Total de psicofármacos (4)	857	0,1	-	-	857	0,1
Estimulantes (5)	-	-	-	-	-	-
Sedantes (6)	857	-	-	-	857	0,1

(1) LSD, peyote, cucumelo, chamico, floripondio, etc.

(2) Pegamento, Poxirán, etc.

(3) Opio, morfina, heroína, codeína o Ketalar.

(4) Consumo sin indicación médica, o en mayor cantidad o por más tiempo de lo que el médico había recetado.

(5) Anfetaminas (Artane o Actemín), Tamlán, Rubifen o Ritalina.

(6) Valium, Lexotanil, Trapax, Rohypnol, Librium, etc.

Nota: las poblaciones de referencia son: total 1.669.956; varones: 895.754, y mujeres: 774.202.

Prevalencia del último año: proporción de personas de 12 a 15 años que consumió alguna sustancia psicoactiva en el último año respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Prevalencia del último año de varones: proporción de varones de 12 a 15 años que consumió alguna sustancia psicoactiva en el último año respecto del total de varones del mismo grupo etario

Prevalencia del último año de mujeres: proporción de mujeres de 12 a 15 años que consumió alguna sustancia psicoactiva en el último año respecto del total de mujeres del mismo grupo etario.

Los totales de sustancias psicoactivas legales, ilegales y psicofármacos no corresponden a la suma de las categorías que los componen, ya que una persona puede consumir más de una sustancia.

Fuente: SEDRONAR-INDEC, Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2004.

Consumo de sustancias psicoactivas según sexo.

Encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media. Año 2005. En %

Sustancia	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
Tabaco	43,3	43,0	43,1
Alcohol	63,1	58,5	60,6
Tranquilizantes sin prescripción	5,6	5,7	5,6
Estimulantes sin prescripción	4,3	3,1	3,6
Solventes e inhalantes	5,2	3,3	4,2
Clorhid. de cocaína	4,5	2,5	3,4
Marihuana	11,1	6,7	8,7
Pasta base	3,4	1,8	2,5
Heroína	1,3	0,3	0,8
Morfina	1,3	0,5	0,9
Alucinógenos	1,5	0,5	0,9
Haschis	1,1	0,3	0,7
Crack	1,3	0,3	0,8
Extasis	1,6	0,7	1,1

Bibliografía

- Aberastury, A. y Knobel, M.: *La adolescencia normal*. Paidós, 1979.
- Arias, J. A.; Kalina, Eduardo y otros: *La familia del adicto y otros temas*. Nueva Visión, 1990.
- Bianchi, Elisa: *El Servicio Social como proceso de ayuda*. Paidós, 1994.
- Boyer, Jean-Francoise: *La guerra perdida contra las drogas*. Grijalbo, 2001.
- Caminos, *Revista Cubana de Pensamiento Socioteológico*, N° 31-32, Trabajo Social. Año 2004.
- Castorina, J. A. y otros: *Psicología Genética*. Miño & Dávila Editores, 1988.
- Cancrini, Luigi: *Los temerarios en las máquinas voladoras*. Nueva Visión, 1991.
- Dolto, Françoise: *Diálogos en Quebec. Sobre pubertad, adopción y otros temas psicoanalíticos*. Paidós, 1988.
- Dolto, Françoise: *La causa de los adolescentes*. Seix Barral, 1988.
- Erikson, Erik H.: *Identidad. Juventud y crisis*. Taurus Humanidades, 1967.
- Fernández Mouján, Octavio: *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Nueva Visión, 1997.
- Gobbi, Sonia: *Adolescencia y adicción. Acerca de la elección de la droga*. Homo Sapiens Ediciones, 1993.

- Goti, Elena: *La comunidad terapéutica*. Nueva Visión, 1990.
- Grimson, Wilbur: *Sociedad de adictos*. Planeta, 1999.
- Guitar, Marcos: *Introducción al psicoanálisis*. La Colmena, 2002.
- Hochmann, Jacques: *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Amorrortu, 1972.
- Kira, Robin: *Más terrible que la muerte*. Paidós, 2005.
- López Corvo, Rafael: *La rehabilitación del adicto*. Nueva Visión, 1994.
- Luna, Matilde: *Menores en riesgo y acogimiento familiar*. Humanitas, 1994.
- Mayer, Hugo: *Drogas: hijos en peligro*. El Ateneo, 2001.
- Míguez, Hugo A.: *Epidemiología de la alcoholización juvenil*. Publicación en Internet, 2004.
- Míguez, Hugo A.: *Uso de sustancias psicoactivas*. Paidós, 1998.
- Minuchin, Patricia y otros: *Pobreza, institución, familia*. Amorrortu, 2000.
- Moguillansky, Rodolfo J. (compilador): *Escritos clínicos sobre perversiones y adicciones*. Lumen, 2002.
- Musachio de Zan, Amelia; Casarino, Ethel; García Badaracco; Ortiz, Jorge; Fragola, Enrique y otros: *Drogadicción*. Paidós, 1992.
- National Geographic*, Octubre, 2004.
- Noguer, Jorge: *Radiodifusión en la Argentina*. Editorial Bien Común, 1985.
- Pichon-Rivière, Enrique: *Teoría del Vínculo*. Nueva Visión, 1985.
- Publicación de la Asociación Psicoanalítica Argentina, XVI Jornada de Niños y Adolescentes, año 2000.
- Rascovsky, Arnaldo y colaboradores: *La universalidad del filicidio*. Legasa, 1986
- Revista de Psicoanálisis*, editada por la Asociación Psicoanalítica Argentina, N° 7. Año 2000.

- Rodrigué, Emilio: *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. Eudeba, 1965.
- Rosbaco, Inés Cristina: *El desnutrido escolar*. Homo Sapiens, 2000.
- Salinas, Juan: *Narcos, banqueros & criminales*. Punto de Encuentro, 2005.
- Simms, J. A. y Simms, T. H.: *Socialización y rendimiento en educación*. Morata, 1972.
- Sluzki, Carlos E.: *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa, 1996.
- Varenne, G.: *El abuso de las drogas*. Guadarrama, 1973.
- Winnicott, Donald: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós, 1993.
- Winnicott, Donald: *Deprivación y Delincuencia*. Paidós, 1984.
- Winnicott, Donald: *El proceso de maduración en el niño*. Laia, 1975.
- Winnicott, Donald: *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Laia, 1968.
- Winnicott, Donald y otros: *Donald Winnicott*. Trieb, 1978.

La autora

Estela Mónica Cuatrocchi es trabajadora social, egresada de la Escuela de Técnicos en Bienestar Social de La Plata, en el año 1976. Desarrolló su carrera en instituciones educativas y asistenciales de niños y adolescentes.

En los primeros años en gabinetes psicopedagógicos de escuelas primarias de la zona sur del Gran Buenos Aires, y desde el año 1992 en una comunidad terapéutica para la recuperación de adictos, y otras instituciones dedicadas a la atención de adolescentes con trastornos emocionales. Durante estos años ha realizado diversos cursos de perfeccionamiento relacionados con la niñez, la adolescencia y la familia.

Indice

Introducción	7
Capítulo I	
El consumo de drogas en nuestra sociedad	11
La situación, hoy	11
El comercio ilegal de drogas	27
Una mirada a la historia	36
Capítulo II	
La adicción a las drogas y la situación familiar	45
Los jóvenes adictos y su familia	45
La problemática adolescente y la crisis de la familia ...	52
La crisis de la familia en una sociedad desigual	57
Capítulo III	
El tratamiento de la adicción a las drogas	69
El tratamiento en comunidad terapéutica	69
El ingreso al tratamiento	77
La comunidad terapéutica	87
El egreso del tratamiento	108

Capítulo IV

Los aspectos preventivos 117
La prevención como política de estado 117
Una aproximación a las medidas preventivas 122

Capítulo V

Consideraciones finales 131

Apéndice 135

Breve glosario de las sustancias psicoactivas
cuyo uso es más habitual en nuestro medio 135
Información estadística 142

Bibliografía 149