

I. QUÍMICA DE LA ADICCIÓN: EL PODER DEL ALCOHOL Y LAS DROGAS

El consumo de drogas es un camino que comienza como un juego, pero después se hace hábito. En el sistema nervioso central, y específicamente en el circuito llamado del placer o la recompensa, las drogas, debido a sus propiedades farmacológicas, producen un fenómeno de neuroadaptación que se manifiesta como una conducta de dependencia. La toxicidad de las drogas desemboca en daños físicos y cerebrales hasta que al final de ese trayecto la persona pierde la razón. ¿De qué depende que algunos consuman hasta enfermarse, mientras que otros se pueden detener a tiempo? Los estudios científicos demuestran que en su origen participan, por un lado, la predisposición genética y, por otro, factores de riesgo, algunos de orden personal y otros en relación con la dinámica familiar y al ambiente en que se desarrolla la persona.

La historia de Pedro

Los árboles cubren de lado a lado la calle de su departamento. Es un residencial barrio de Providencia. Son las 7:30 de la tarde, tal como se acordó el encuentro por teléfono. Pedro lo pidió así, a su regreso del estudio de abogados donde trabaja hace ya algunos años. Abre la puerta. Su camisa blanca entreabierta, dejó atrás la corbata diaria. Es un hombre joven, buenmozo. Presenta a su flamante señora. Todo huele a recién casado. Ordenado, limpio, moderno. Ella prefiere dejarnos solos; por lo demás, ya conoce la historia. Sólo al final nos ofrece un té bien caliente y en taza grande. Pedro está más tranquilo. Después de que durante más de dos horas abrió su corazón para relatar los tragos más amargos que envolvieron su niñez y buena parte de su juventud. Éste es su testimonio:

—A los 12 años empecé a tomar junto a compañeros de colegio mayores que yo, tal vez por algo que tiene que ver con socializar. También tiene que ver con el tema de la música; me gustaba ir a los recitales y coincidió con mi llegada a un barrio entre la calle Providencia e Irarrázaval, donde armamos una patota de unos veinte jóvenes con mucho tiempo libre. Nos hicimos amigos del dueño de la botillería, comenzamos a beber cervezas y después íntimamos con el encargado de la carnicería.

Recuerdo el día preciso: 11 de septiembre de 1987, ya había cumplido 13 años, hicimos un asado. El carnicero me invitó a mí y a dos jóvenes más, y estaba el tipo que hacía el aseo en el edificio: sacaron unos pitos y me los fumé. El impacto fue brutal. De ahí me lancé a carretear. Creo que influyó un requerir aliviar factores emocionales. En mi casa había un ambiente bastante denso. Mis papás se separaron, yo era el mayor de tres hermanos. El entorno era har- to desgastador, no tenía muchas escapatorias y por otro lado estaba en un colegio muy penca, donde egresan puros estudiantes iguales, y si alguien se salía del esquema, lo fregaban. Discutía mucho con los curas y mis compañeros. Por influencias familiares no me echaban,

pero todos mis compañeros pertenecían a otra tendencia política.

Encontré un grupo rebelde como yo, fui líder entre los trashers cuando apenas tenía 13 años. Sin ir más lejos, hoy fui al otorrino porque me estoy quedando completamente sordo. El doctor me explicó que él pensaba que yo había sufrido un trauma acústico. Me maté de la risa. Si me dediqué como veinte años a la música fuerte.

En mi casa no tenía espacio para los miedos o la angustia. Mi abuelo y mi padre saltaban los obstáculos echándole para adelante. Las penas tampoco podía aliviarlas con mi mamá, un tanto germana. Me fui guardando muchos sustos y tristezas, la forma de olvidar era con unos tragos, atontarse, no estar ni ahí, y cuando sacaba lo de adentro, lo hacía en una borrachera con mucha violencia. Dejamos escobas grandes, me robaba las hostias del sagrario, una estupidez, pero sacaba mi rabia.

Existe, por lo demás, una cuestión biológica en la forma como uno experimenta los primeros usos de la droga. Aquel día preciso en que junté trago fuerte y marihuana caché que era muy potente y me gustó. Al día siguiente hablé con una amiga mayor que tenía plantación de marihuana en su patio; almacené en mi casa como cuatro kilos, me duró unos cuatro años.

Comencé a tomar en serio: salía diciendo que iba a comprar cigarrillos y me compraba una caja de vino y me la tomaba al seco; de hecho, hacíamos competencia con mis amigos para ver quién tragaba más en menos tiempo, contaba los segundos. Al principio lo hacíamos todos los fines de semana. Después, cuando dispuse de marihuana, comencé a consumir todos los días. Me fumaba un pito antes de irme al colegio, otro en el primer recreo, otro en el segundo, el cuarto antes de llegar a la casa y fumaba toda la tarde.

En el colegio me cacharon. Pero entonces corría el doble estándar.

Me llamaba el director y me decía:

—¿Por qué no se ordena, Sánchez? Córtese el pelo, Sánchez...

Nunca me enfrentaron de verdad, salvo una profesora, a quien yo quiero mucho, que me enrostró. Me dio rabia y pena. Finalmente, decidí irme del colegio. Había pasado dos años de consumo; ya era adicto. Terminé la secundaria en un colegio “para echados”, donde estaban

la mayoría de mis amigos. Aunque las reglas del juego se cumplían, yo consumía como un animal; tenía desarrollada la técnica.

Manejaba marihuana en los cajones de mi cama y nadie los vio. Cuando me los pillaron y me castigaron, convencí a mis papás de que necesitaba unos parlantes grandes porque se escuchaba mejor la música; por supuesto que los abrí por atrás y ahí guardé la hierba. Siempre se puede esquivar, uno se hace experto en mentir. Ahora no puedo. Se me nota en la cara, me pongo nervioso. Al cumplir 15 años me mandé una tranca fuerte en mi casa. Inundamos un baño completo, sexo desenfrenado, quedaron todas las pruebas en forma evidente. Me castigaron en serio. A los tres o cuatro meses mi papá volvió a la casa, como para hacerse cargo de este asunto. Para mí fue muy satisfactorio. “Logré juntarlos de nuevo”, me dije.

Pero fue para peor, porque perfeccioné la técnica. Compraba pastillas de menta...

Mis viejos cachaban, pero mi papá se hizo el lesado completo. A lo más, cuando yo me disponía a salir con algún amigo, desde la puerta nos decía como para callado: “¡Oréense antes de entrar a la casa, muchachos!”.

Él sabía. Uno no puede negar lo evidente si entra a las 12:00 del día domingo a la pieza de su hijo y hay un hedor pestilente a alcohol. No puede pretender negar que su hijo estaba ebrio. Pero como yo ya iba a la universidad y mis profesores eran sus colegas, le decían: “¡Tu hijo es brillante, es el mejor alumno de la universidad!”. No quería aceptar lo obvio.

Estudiaba igual como consumía droga. Esperaba hasta el día miércoles, le sacaba fotocopias al cuaderno de un compañero y hasta el viernes me encerraba. Me aprendía todo de memoria y en la prueba dejaba helado al profesor. Mi vida era súper agotadora. Consumía y estudiaba. Hasta que en tercero sentí que ya estaba empezando a sentir angustia, a tener problemas producto de la droga; debí haber tenido unos cinco choques en auto, ninguno con resultados demasiado graves, pero claro, hice añicos dos autos. No tenía límite.

Empecé a cachar que no estaba bien, me di cuenta de que mis compañeros hablaban mal de mí, me sentí en mala onda. Decidí ir a

un psiquiatra. Cometió un error garrafal conmigo. Me planteó la gravedad de mi situación, pero estimó que no era necesario internarme. Hice un tratamiento ambulatorio, no dio resultado.

Lo que necesito es ir a conversar, me dije.

Conseguí otro psiquiatra. Confieso que en esa época alcancé a estar bastante bien. Había dejado de tomar y fumaba muchísimo menos marihuana. Pero de pronto entendí que también la coca me gustaba mucho. La consumía sólo cuatro veces al año, en fechas precisas porque sabía que era peligrosa y además muy cara; jalaba en Navidad, Año Nuevo, durante mi cumpleaños y me dejaba una cuarta para jugar. Pero ocurrió que un amigo de este grupo de la infancia era uno de los distribuidores del cartel de La Legua, lo que significó que me dediqué desde el 95 al 99 a consumir coca, despaché al psiquiatra y me fui a la chucha.

En tercer año dejé de ir a la universidad. Trabajé como procurador en una empresa de abogados. Ganaba bastante plata, vivía con mis papás, por lo que disponía de mucho dinero para consumir. Ayudaba a armar coca pura a mi amigo. Él no fumaba, se inyectaba anfetaminas. Yo les tenía miedo a las jeringas, pero cada vez que podía, jalaba.

Fui por quince días a Colombia, conocí unas muñecas, me quedé por varios meses. El problema es que me metí en la "papa" misma, donde ya se estaba produciendo heroína...

Regresé a Chile en abril de 1997, ya estaba fuera de la realidad. Pasaba de la euforia a la angustia. Determiné que la forma de estar más seguro era irme a vivir solo. Me cambié a una casa situada en el patio donde vivía una tía. Pero casi me volví loco de la angustia, empezaba a mirar por las ventanas, no dormía en las noches. Todos en mi familia sabían que era consumidor. La coca ya no me dejaba eufórico, más bien me quedaba callado, tenso, muy para adentro y negativo.

¿Ha escuchado hablar de la caspa del diablo? Uno experimenta algo como demoníaco, de destrucción, de sentirse poseído por el mal. "Esto va en serio", me decía; empezaba a ver cosas, sentir ruidos.

Al comienzo, la coca te estimula a conversar; en ese momento, nada.

“¡No me importa lo que me cuentas, imbécil!”, respondía a quien intentaba hablarme. Estaba metido en mí mismo. A uno le deja de importar todo, salvo consumir. ¿A quién le podía contar que estaba tremendamente angustiado?

En ese momento trabajaba en asuntos penales, entraba jalado a los tribunales del crimen; de repente me di cuenta de que andaba con coca en los bolsillos en Policía Internacional... Yo podía verme bien, pero estaba completamente loco.

Tal vez fue mi tía quien más influyó para el cambio. En un momento dado me dijo: “¿Qué vas a hacer con tu alcoholismo? Tienes olor a parafina, hoy llegaste a almorzar con dos jabs de cerveza, te las tomaste al seco. Piénsalo”.

Ese día regresé a mi casa y le confesé todo a mi papá: “No doy más, estoy adicto a la cocaína”, le dije.

Se puso a llorar... Mi tía me habló del doctor Schilkrut. Fui a su consulta. Pero de entrada le dije: “Quiero que usted me diga si tengo alguna enfermedad y cuál es la forma de curarme. ¿Debo internarme? ¿Qué tengo que hacer? Me puedo operar de cualquier cosa, menos de mis testículos...”.

No sé cómo explicar el estado en que estaban mis padres. Yo creo que esta cuestión generó el principio del conflicto súper grave entre ellos, porque en el fondo, la reacción de mi mamá hacia mi papá fue: “¡Yo te dije!”.

Hicimos una despedida familiar, vi el partido de fútbol entre Italia y Chile y me interné.

Es cierto que fue necesario dejar de ver a muchos amigos. Eso es fuerte, triste. Pero es parte del costo y así lo entendieron. Algunos salieron adelante solos. No eran adictos. Porque evidentemente hay un elemento químico. Desde el momento que se produce, uno friega. No hay vuelta atrás, aunque tengas la mejor autoestima. Va en aumento. Cada vez se requiere más y más droga para intentar sentir lo mismo.

Entré a la clínica con la idea de estudiar para el examen de grado. Llevé pesas y muchas cosas. El primer día me pusieron una inyección. La única manera de parar una angustia mortal. Dormí tres

días seguidos. No tenía ganas de hacer nada, ni de hablar.

Internarse en la clínica es efectivo; aunque uno lo pase mal, es menos duro que los tres primeros meses fuera de la clínica. Adentro se convive con gente que está en la misma que uno. A la mayoría de esas personas no las he vuelto a ver. Con uno me topo por razones sociales; nos abrazamos: "Salgamos y lo pasamos bien", me dice. Nos miramos y... "Mejor que no". Nos volvemos a abrazar y chao.

Ésta es una enfermedad de los sentimientos. Sí, claro. En el fondo, tú quieres escapar de tu pena, frustración, de tu susto a ti mismo; escapar a las cosas que te duelen, pero el consumo te hace doler más y la única forma de salir es terminar con ese dolor, ver la realidad que trataste de no ver durante quince años, y cuando la ves por primera vez, te empezaste a mejorar. La única manera de comenzar este proceso es desintoxicarse, porque en el fondo están rotos los sentimientos. Ocurre que hay muchas heridas que a uno se le van creando, hay gente que las empieza a ver, las enfrenta y se hace grande. La mayoría se hacen los huevones..., pero estamos otros que las vemos, pero como no soportamos esa realidad, porque somos gente muy intensa, queremos taparla y lo hacemos con droga y alcohol para no sentir. El rato que no estás drogado te duele más... Lo que estás haciendo es tratar de morirte. Y uno se quiere morir.

Recuerdo que seis meses después de haber terminado el tratamiento iba manejando, escuché una canción que me gustaba y me puse a llorar por largo rato. Me di cuenta de que no sentía una emoción así hacía muchísimos años. En ese instante respiré hondo: "¡Por fin puedo sentirme realmente a mí mismo!", exclamé.

Una cosa es tomar la decisión material de dejar la droga, pero después se va entendiendo lo que a uno le pasa. Hoy sigo siendo un ser humano con problemas y lo que antes hacía drogándome, ahora reacciono tal vez poniéndome tenso, le grito a uno que trabaja conmigo... pero logré un rango de cosas más normales. Después, cada uno comienza a conocerse, pero esa aventura es un poco más larga que dejar las drogas.

Yo agradezco que tuve la oportunidad de cambiar mi vida y poder empezar a vivir. Hasta ese momento estaba puro hueviando. Yo me iba a morir, quién sabe cómo, me podrían haber pegado un balazo, pude

haber contraído sida... La vida es gratis y hay que aprovecharla.

Reconozco que soy un gallo difícil, que me mando muchas metidas de pata y me cuesta darme cuenta. Paso malos ratos y los hago pasar a los demás. Estoy en un camino de aprender. Siento que si estoy conectado a mi ser, mis emociones, a mi alma, no habrá forma de caer.

Mi familia fue fundamental para salir adelante. En todo momento me apoyó.

LA DROGA TOCA LA PUERTA

Ya son muchos los que, como Pedro, se inician en el mundo de las drogas. “El impacto fue brutal”, asegura. Se acuerda del día preciso en que probó marihuana. “No estaba preparado”, confiesa. ¿Quién lo está realmente? La información puede resultar vital.

El uso de drogas se ha extendido como una epidemia. No es un problema de clase baja, alta o media. Es una característica nuclear de nuestra época; abarca todas las edades, segmentos y actividades de la sociedad. Si en algún momento se sostuvo que la droga se usaba en medios donde imperaban la pobreza, la frustración y la falta de oportunidades, hoy también se la ve ligada al bienestar y a las exigencias del alto rendimiento. Se insistió en que el problema se da con más frecuencia en las familias destruidas o muy disfuncionales, pero los especialistas constatan que la adicción se desarrolla, asimismo, al interior de familias organizadas, afectuosas y preocupadas de la transmisión de valores.

Es cierto que en todas las culturas se han utilizado sustancias de modo individual o colectivo para modificar el estado de ánimo, el nivel de conciencia y la percepción de la realidad; sin embargo, en los últimos treinta años el fenómeno ha hecho eclosión. Históricamente las epidemias surgen cuando se extiende la convicción de que el consumo es permitido e inocuo.

Un informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), señaló que en el mundo existirían 200 millones de consumidores de drogas, detectándose una fuerte expansión en el uso de marihuana, hachís y droga sintética¹. Cifras oficiales entregadas por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace) indican que en Chile existen actualmente

186.140 personas que presentan consumo problemático de drogas ilegales, de las cuales 144.004 son dependientes. Esta cifra aumenta radicalmente al incluir también a quienes presentan consumo problemático de alcohol, llegando a 1.444.137 personas².

El crecimiento de consumidores que se registra en el país, como en el mundo, va aparejado con el aumento en la cantidad de sustancias químicas que circulan. Si antes existía el dependiente del alcohol, en la década del 70 se popularizó la marihuana, y en los 80 se hizo común el empleo de cocaína en forma de clorhidrato aspirado por vía nasal. Alrededor de 1985 apareció el crack, una forma más básica de cocaína de bajo precio que se fuma y es muy adictiva.

En nuestro país, desde fines de los 80, la bifrontera con Perú y Bolivia permitió introducir la pasta base, nombre con que se conoce el sulfato de cocaína. Desde las regiones del norte se extendió al resto del territorio nacional. El uso de drogas se asoció a un incremento drástico en el consumo de alcohol.

Policía y gobierno reconocen que nuestra nación se ha convertido en un trampolín y adecuado territorio tanto para el paso como para la internación de droga. Buenos puertos, trámites rápidos para los cargamentos y una amplia frontera hacen ver a Chile como la “Joya del Pacífico” para los traficantes.

Nuestro país se ha caracterizado por su alto y patológico consumo de alcohol; ocupa el séptimo lugar de países consumidores y la tasa de cirrosis hepática es una de las más elevadas del mundo. La cuarta causa de muerte en el país.

En el curso de estos últimos veinte a treinta años, junto con el consumo juvenil masivo de alcohol creció el mal uso de medicamentos como anfetaminas, tranquilizantes, hipnóticos, inhibidores del apetito, jarabes para la tos, antiparkinsonianos y drogas de

1 Informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), 26 de junio de 2004.

2 Conace. Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile, 2002. Ver en www.conace.cl

diseño de laboratorio como el éxtasis. Prácticamente todas las personas que sufren de adicción usan varias drogas, aunque siempre prefieren una.

Los jóvenes se inician en la droga a edades cada vez más tempranas. Las últimas investigaciones realizadas en Chile aclaran que los estudiantes prueban el cigarrillo, alcohol, y posteriormente marihuana, a los 12-13 años, e incluso a los 11.

Es efectivo que hoy la vida se presenta con mayores dificultades. Las personas no siempre están igualmente preparadas para sortear los obstáculos, competitividad y exigencias cotidianas; algunos intentan paliarlo mediante el uso de sustancias.

Tal como le ocurrió a Pedro, influyen factores propios de la edad. En la adolescencia se tiende a explorar circunstancias nuevas. Pero el uso de drogas puede producirse en cualquier etapa de la vida y, de hecho, ocurre con frecuencia entre personas mayores. No pocas mujeres comienzan a ingerir alcohol después de quedar viudas o sufrir una pérdida y desarrollan la enfermedad adictiva.

En este momento, en todos los ambientes donde se mueven adolescentes, niños y adultos, la oferta de droga y alcohol es muy amplia y barata. Asimismo, crece la cantidad de jóvenes que están dispuestos a probar.

Ciertamente el aumento de la oferta también influye. Por ejemplo, en un mismo colegio, si entre los estudiantes de un primero medio no hay nadie que use sustancias adictivas, será muy difícil que alguien consuma. En cambio, si al curso paralelo llegaron tres alumnos de otros colegios que fuman marihuana, es muy alta la posibilidad de que algunos de sus compañeros empiecen a consumir.

¿Quiénes caen?: el problema de la vulnerabilidad

Una pregunta central en el problema de la adicción es por qué cuando un grupo de personas prueba sustancias adictivas, un porcentaje de ellas continúa su consumo para finalmente desarrollar la enfermedad.

Las ciencias del comportamiento han llegado a definir con claridad el perfil de las personas que después de probar drogas o alcohol tienen mayor riesgo de no poder detener el consumo y llegar a ser dependientes.

Cuando se prueba alcohol o drogas, algunos, como Pedro, experimentan un efecto extraordinariamente placentero. Sienten euforia, sensación física y psicológica de intensidad comparable a la que proporciona una relación sexual. Hay adolescentes que sufren angustia, miedos, timidez, y al probar el alcohol o una droga encuentran un alivio de su estado:

—Recuerdo que ese día hablé toda la noche, estaba suelto, hice chistes, me sentí el centro de la fiesta. Se me acabó esa sensación de inseguridad y rechazo que siempre sentía al entrar a un lugar.

Al igual como le ocurrió a Pedro, con droga o alcohol se vuelven seres más bien seguros frente a los demás, inteligentes, llenos de energía.

Otro subgrupo —puede ser un escolar, universitario o adulto— experimenta un efecto neutral o más bien desagradable al probar la sustancia. Le da sueño, dolor de cabeza, náuseas.

Estas personas probablemente no quedarán atrapadas en el consumo. Pero aquellos, como Pedro, que sienten euforia o calman síntomas como la timidez tenderán a repetir la experiencia hasta que vaya formando parte de la estructura de su vida; desarrollarán insensiblemente el hábito y la enfermedad.

Lo importante no es tanto si a la persona le agrada el sabor, el aroma o la sensación inmediata. Lo que pesa es el efecto farmacológico que le produce la sustancia. Es frecuente que a un hijo de alcohólico le repugnen el olor y el sabor del alcohol; sin embargo, volverá a usarlo si le ha calmado sus angustias o inseguridades.

Factores de riesgo

Pedro sabe que sus hijos, como los de cualquiera que haya vivido problemas de adicción, tienen cuatro veces más posibilidades

que la población general de desarrollar ese tipo de respuesta y, posteriormente, de sufrir una adicción. En el caso de que ambos padres hayan sido dependientes, las posibilidades se duplican. La dependencia se relaciona, por lo tanto, con factores genéticos, hereditarios, que se traducen en la predisposición a obtener un efecto intenso y placentero al usar la droga.

Los estudios de gemelos y de adopción exploran cómo interactúan los factores genéticos y ambientales en el desarrollo del abuso y de la dependencia. En esas investigaciones se entrevistan a ambos pares de mellizos idénticos; es decir, a los provenientes de un solo huevo (monocigóticos) y a aquellos fraternales provenientes de dos huevos (dicigóticos), quienes han estado expuestos por definición a las mismas influencias ambientales. Los monocigóticos comparten los mismos genes, mientras que los dicigóticos no son genéticamente más similares que dos hermanos. El grado de concordancia en el abuso y dependencia de alcohol y diferentes drogas, o sea que los dos sufran de igual problema, es significativamente mayor en gemelos idénticos que en mellizos fraternales.

Los estudios de mellizos han mostrado que tanto los factores ambientales y sociales influyen mucho en que una persona comience a usar droga, pero en cambio, el paso desde la experiencia al abuso y la dependencia se relaciona en gran medida a factores genéticos. Por ejemplo, un estudio efectuado en la Universidad de Virginia en 1.934 pares de mellizos demostró que la concordancia en el uso de cocaína entre mellizos idénticos era 54% y en fraternales, 42%. Para el abuso, las cifras de concordancia era 47% en los idénticos y 8% en fraternales. En el caso de la dependencia era de 35% para los idénticos y 0% para los fraternales^{3, 4}.

En los estudios de adopción, dos gemelos idénticos, hijos de

3 Kendler, K. y cols. *Cannabis use, abuse and dependence in a population-based sample of female twins*. American Journal of Psychiatry 155 (8): 1016 -1022, 1998.

4 Kendler, K. y cols. *Cannabis use, abuse and dependence in a population-based sample of female twins*. British Journal of Psychiatry 173: 345-350, 1998.

padre adicto, son separados porque uno de ellos es entregado en adopción; el que permanece en su hogar tiene mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad. No obstante, el que es adoptado por una familia no alcohólica llega a serlo con mucha más frecuencia que la población general.

ELEMENTOS CLAVES⁵

Factores de personalidad:

- Predisposición genética: un hijo de padre consumidor tiene cuatro veces más posibilidades que la población general de sufrir este problema
- Autoimagen muy deteriorada o, por el contrario, demasiado sobrevalorada
- Poca tolerancia a la frustración
- Niños intrépidos y arriesgados que quieren probarlo todo
- Menores excesivamente tímidos, vergonzosos y ansiosos, que con la droga logran un alivio
- Alumnos con déficit atencional. Lo reporta el 30% de pacientes tratados por adicción

Factores familiares:

- Carencias afectivas o emocionales
- Modelos excesivamente autoritarios o permisivos
- Experiencias traumáticas, como separación de los padres, muerte de uno de ellos, problemas económicos
- Consumo importante de droga en la casa o en ambientes cercanos, como el barrio o el colegio

Factores ambientales:

- Fácil acceso a la droga
- Amistades y actividades vinculadas a la droga
- Presión del grupo de amigos

La personalidad previa, el tipo de familia, el ambiente que rodea a la persona en el momento de probar la droga, son factores de riesgo que influyen en forma determinante.

Las personalidades extremas, de tipo polar, son las más expuestas. Los niños tímidos, inseguros y callados tienen mayor riesgo. La misma vulnerabilidad presentan los más osados, rebeldes, deseosos de conocerlo todo, por lo que naturalmente también experimentan con las sustancias.

Las situaciones familiares de crisis o de conflicto favorecen entrar en el consumo. Una ruptura, como la separación de los padres, es otro de los factores detonantes. Aquellos que viven en un hogar donde abunda el maltrato encuentran en la droga un escape. Pero también se dan casos en familias que viven situaciones extremas como la enfermedad de un padre, la viudez o la necesidad de trabajo de ambos padres. Así lo recuerda un joven:

—Mi papá y mi mamá fueron siempre muy unidos, se querían mucho. Cuando tenía 13 años, mi padre se enfermó de una condición neurológica progresiva que finalmente lo llevó a la muerte. En esos momentos en mi casa había mucha preocupación y mi madre se volcó por completo a cuidarlo y después vivió un duelo largo, interminable. Fue entonces cuando me uní a un grupo de amigos con los que comenzamos a usar alcohol y marihuana. El estar con ellos, el tomar y fumar me hacían olvidar lo que pasaba en mi casa.

Cuando en una familia uno de los hermanos consume, particularmente el hermano mayor, que actúa como modelo para los demás, es muy frecuente que los menores también entren en esa vía⁶.

5 Revista *Hacer Familia*. Pág. 41. Enero/febrero, 2003. Entrevista a Dr. Raúl Schilkrut.

6 Para una revisión teórica y epidemiológica de factores y conductas de riesgo en adolescentes chilenos, ver Florenzano, R. *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Ediciones Universidad Católica de Chile, 1998.

Déficit atencional y droga

Un factor muy importante de predisposición es el Síndrome de Déficit Atencional (SDA). Los alumnos que presentan dificultad de aprendizaje e hiperactividad constituyen una población de alto riesgo para el consumo de alcohol y drogas. De hecho, entre el 30 y 40% de los pacientes tratados por adicción tiene antecedentes de haber sufrido estos problemas en su época escolar.

Con mucha frecuencia se trata de alumnos inteligentes, pero como les cuesta concentrarse y controlar su impulsividad, se resiente en su rendimiento escolar y, por consiguiente, baja su autoestima. Estos niños viven en la casa y en la escuela un ambiente poco gratificante. Los profesores reprenden su “falta de interés o pobre compromiso con la asignatura”. Los padres los amonestan por sus malas calificaciones y los comparan con sus hermanos más exitosos. Frente a sus compañeros se sienten disminuidos. Por lo general, son niños impulsivos, desordenados, conversadores, que no logran seguir el ritmo de la clase y no desarrollan hábitos de estudio.

Hasta hace algunos años los directivos de cada colegio sentían responsabilidad por los buenos alumnos y por aquellos con dificultad; entendían que debían permitir que todos los estudiantes desarrollaran su potencial y que, en definitiva, la diversidad enriquece. Primaba la idea de que la sala de clases debía acercarse al panorama que los egresados encontrarían en su vida de adulto. Pero hoy en muchos establecimientos obsesionados por lograr un puntaje destacado en las pruebas de medición como el SIMCE y la PSU, estos niños con problemas de aprendizajes no son bien acogidos. Marginados, sufren entonces sucesivos cambios de colegio, hasta que terminan en planteles donde se acumulan alumnos con mala conducta, pobre instrucción y alto consumo.

A los menores con déficit atencional se les receta frecuentemente estimulantes como el Ritalín (metilfenidato) o derivados de anfetaminas. Estudios recientes han demostrado que no desarrollan adicción a esos medicamentos, porque, si bien se trata de estimulantes, en los niños hiperactivos producen un

efecto inverso, ya que disminuyen su hiperactividad y fijan su atención.

Investigadores de la Facultad de Medicina de Harvard revisaron en 2003 estudios de larga duración con menores con déficit atencional tratados y no tratados con medicamentos. Examinaron un total de más de mil niños y concluyeron que la terapia disminuye a la mitad la posibilidad de abuso posterior de droga. Los hallazgos del grupo de Harvard contradicen las preocupaciones de algunos médicos y padres en el sentido de que el haber accedido a estos medicamentos podría aumentar la predisposición de los niños a un abuso subsecuente de drogas. Por el contrario, el tratamiento parecería tener efectos protectores⁷.

Así y todo, el tratamiento exclusivo con medicamentos no es aconsejable. En general, la historia de los adultos que sufren de SDA comprueba la necesidad de contar con ayuda psicológica, familiar y psicopedagógica; si de niño su dificultad hubiera sido bien manejada, se habría evitado mucho sufrimiento y, por cierto, aminorado el peligro de caer en las drogas.

7 Wilens, T.E. y cols. *Does stimulant therapy of attention-deficit / hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature*. *Pediatrics* 111 (1): 179-185, 2003.

SUSTANCIAS QUÍMICAS ADICTIVAS

Depresores:

- Alcohol - Benzodiazepinas - Hipnóticos
- Relajantes musculares

Estimulantes:

- Anfetaminas - Cocaína - Anorexígenos
- Pseudoefedrina - Éxtasis

Cannabinoides:

- Marihuana - Hachís

Alucinógenos:

- LSD - Mezcalina - Atropina

Opiáceos:

- Morfina - Heroína Metadona - Codeína

Inhalantes:

- Solventes - Éter - Neoprén

Nicotina

Cafeína

Punto de partida: cómo y con qué

Pedro recuerda con precisión cómo comenzó a beber:

—A los 12 años empecé a tomar junto a compañeros del colegio mayores que yo, tal vez por algo que tiene que ver con socializar. También tiene que ver con el tema de la música. Me gustaba ir a los recitales y coincidió con mi llegada a un barrio entre la calle Providencia e Irarrázaval, donde armamos una patota de unos veinte jóvenes con mucho tiempo libre. Nos hicimos amigos del dueño de la botillería, comenzamos a beber cervezas y después intimamos con el encargado de la carnicería...

El ambiente en el cual se desarrolla la vida de una persona influye directamente para desencadenar su consumo. El colegio, el barrio, los amigos, el lugar de veraneo resultan, por lo general, decisivos.

En nuestro país, la puerta de entrada al consumo es el cigarrillo y el alcohol. A los 12 años Pedro se inició bebiendo. El alcohol pertenece al grupo de sustancias llamadas depresoras, porque inhiben y lentifican el funcionamiento del sistema nervioso central⁸.

Alcohol: la droga legal

El efecto del alcohol se describe como bifásico. Su consumo produce primero desinhibición impulsiva. Quien toma se vuelve expansivo y relajado, eufórico. Si continúa bebiendo, aparece el efecto depresor: sedación, disminución de la angustia, somnolencia, y si la dosis es muy elevada, intoxicación y coma.

Modificando la dosis y la velocidad de consumo, la persona se puede situar en diferentes puntos de la curva de efecto. Por ello, la

8 Si se desea conocer con más detalle el mecanismo de Gain y los efectos de las distintas drogas, recomendamos visitar el sitio del National Institute of Drug Abuse (NIDA), www.drugabuse.gov. También en Lewinson, J.H. y cols. (editores). *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Lippicott, Williams y Wilkins, 2004.

tipología de consumidor de alcohol es múltiple. Al lado de los adolescentes como Pedro existen el consumidor adulto e, incluso, el adulto mayor y la mujer. Cada uno presenta características clínicas diferentes.

El alcohol en los jóvenes

Los adolescentes buscan lograr desinhibición e impulsividad, mientras que los bebedores adultos prefieren la sedación y la somnolencia. De hecho, el alcohol actúa en forma diferente en unos y otros. Muchos padres creen que sus hijos beben experimentando la misma sensación que ellos, que también buscan su efecto relajante y gozan su sabor. Pero eso es falso. Los jóvenes beben en forma impulsiva, rápida, buscando el efecto desinhibidor y eufórico. El criterio del diagnóstico actual indica que una niña o un muchacho que ha bebido cinco o más tragos seguidos durante alguna ocasión en las últimas dos semanas ya tiene cierto grado de problema con la sustancia. La última encuesta del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace) señala que el 13% de los escolares reconoce tomar cinco tragos o más el sábado por la noche⁹.

Como resultado del consumo, en los adolescentes se desata la impulsividad, lo que explica los accidentes y la violencia que imperan en muchos de los ambientes que frecuentan. La impulsividad facilita también conductas autoagresivas, como los intentos de suicidio en menores. Favorece, asimismo, las acciones promiscuas que elevan las cifras de embarazo juvenil y de enfermedades de transmisión sexual, como el sida. Los especialistas constatan que un porcentaje significativo de los jóvenes atendidos por problemas de drogas se han convertido en padres adolescentes en el transcurso de su consumo.

Los jóvenes beben fundamentalmente cerveza y pisco. Un estudio de Ipsos Search Marketing¹⁰ revela que en Chile el consumo

9 Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, realizado por Conace en noviembre de 2003. Ver www.conace.cl

per cápita de cerveza casi duplica al del vino: mientras éste suma 28 litros al año, el del pisco se ubica en cerca de 24 litros al año, algo que no pasa en otros países del globo. Muchachos y niñas toman cerveza, a la que llaman “la Chela”, en botellas de medio o un litro porque facilita la sociabilidad. También eligen el pisco porque se trata de un alcohol concentrado y barato. La pisco es el trago favorito. El color oscuro de la gaseosa esconde y autoengaña la verdad de su consumo nocturno.

Básicamente, la prevención debiera apuntar a retardar el uso del alcohol. Es muy distinto empezar a beber alcohol a los 13 años que a los 18. Es otra circunstancia, es otro sistema nervioso. Esa costumbre de dar a probar un poco de vino a un niño “para que aprenda” es una aberración.

Mientras más tarde, mejor. Por de pronto, el sistema nervioso central de un menor es totalmente distinto al de un adulto. Su corteza prefrontal termina de desarrollarse recién a los 18 años y esta zona es esencial para el control de la impulsividad y de las emociones¹¹. No hay que andar demasiado un viernes o sábado por la noche para comprobar que pasarle alcohol a un niño es entregarle un elemento que él no tiene ninguna capacidad de manejar, biológica ni psicológicamente.

Se ha demostrado que las personas que empiezan a beber antes de los 15 años de edad tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar dependencia del alcohol en comparación con los que se inician en el consumo a los 20 años o después.

El alcohol en los adultos

Por lo general, el consumidor adulto de alcohol comenzó a beber luego de haber salido del colegio; es en el mundo universitario o laboral que descubre el efecto relajante y facilitador social del trago. Siempre acompañado, consume en exceso durante muchos

10 *El Mercurio*. 21 de febrero de 2004.

11 Rapoport, Judith. *Imaging study shows brain maturity*. En www.nimhpress@nih.gov

años; en almuerzos de trabajo, asados entre amigos, en tertulias, matrimonios, cumpleaños, fiestas o durante los fines de semana en la playa o en el campo. Se preocupa de ubicar y organizar ocasiones propicias en las cuales pueda beber, tratando de interferir lo mínimo con su actividad laboral. Pero en un determinado momento, después de varios años de tomar socialmente, aparece el consumo solitario que suplementa o reemplaza al social. Un distinguido empresario lo relata así:

—Comencé bebiendo en la universidad y después concentré mi gusto entre amigos; nos poníamos de acuerdo y como religión nos juntábamos tres veces por semana a jugar cartas, sólo los hombres. Por muchos años, después de esas reuniones me iba a mi casa y a las 12:00 estaba durmiendo para trabajar al otro día. Cuando me lo pude permitir, relajé mi horario y entonces después de terminar de jugar llegaba a mi casa, me sentaba en un sillón, colocaba música clásica, que me encanta, y bebía hasta las 4 o 5 de la mañana. Literalmente “se me calentaba el hocico”. Eso me alarmó; fue lo que me llevó a aceptar el pedido de mi familia que viniera a esta consulta. Me he dado cuenta de que la cantidad que bebo aumenta mucho en los períodos de tensión, cuando paso por problemas familiares o económicos.

Un porcentaje de los bebedores suelen desarrollar su hábito desde un comienzo sin compañía. Se trata especialmente de personas retraídas, tímidas, ansiosas, con dificultades de contacto.

La evolución del alcoholismo del hombre adulto, a diferencia de los jóvenes, es muy prolongada. Es frecuente que consulten después de diez, veinte o más años de consumo excesivo, cuando, por lo general, ya presentan enfermedades físicas asociadas con su hábito, como diabetes, daño hepático e hipertensión arterial, las que habitualmente descuidan.

El alcohol en la mujer

Dado que el cuerpo de la mujer contiene menos agua que el de los hombres, y que el alcohol se mezcla con el agua que hay en el cuerpo, una misma cantidad de alcohol se manifiesta en forma más concentrada en la mujer. Por ello, la mujer se incapacita mucho

más que el hombre luego de beber la misma cantidad de alcohol. La evolución de la enfermedad es bastante más rápida en la mujer. El abuso de alcohol le produce un daño físico más intenso y sufre de mayores problemas médicos asociados, cerebrales, cardíacos, hepáticos. La enfermedad hace crisis más pronto y consultan mucho antes que sus pares masculinos.

Las motivaciones más comunes que desencadenan su hábito por beber son problemas emocionales, infidelidad de la pareja, separación, viudez, enfermedades o crisis de los hijos. Descubren en el alcohol una sustancia que les permite olvidar temporalmente sus penas, dolores y amargas. Sin embargo, cuando se les pasa el efecto del alcohol se descubren más amargas y resentidas. El consumo no les permite elaborar sus pérdidas, y éstas nunca sanan. Así lo recuerda una dueña de casa de 60 años:

—Al cumplir 45 años descubrí que mi marido me era infiel. Fue un golpe tremendo. Lo enfrenté, pero él siempre me negó todo, pese a que las evidencias eran muy claras y conocidas también por nuestros hijos. Se me cayó el mundo. Sufrí angustias terribles; en la noche no me podía dormir, no podía pensar en otra cosa. Un día probé un poco de whisky que había quedado en un vaso. Sentí que mágicamente me tranquilizaba, dejaba de pensar. Me acosté y pude dormir. Desde ese día empecé a tomar una copita al atardecer. Sin darme cuenta la cantidad fue aumentando, me quedaba adormecida, pero al despertar la angustia era mayor... Mi marido terminó su aventura seis meses más tarde y se convirtió en un compañero modelo, muy arrepentido, pero nunca pudo hablarme del tema. Desgraciadamente, yo ya me había acostumbrado a beber alcohol.

Con frecuencia las mujeres mezclan tranquilizantes que potencian y hacen más tóxicos los efectos de la bebida. Al dolor original van agregando la vergüenza, sentimiento muy opresor, que las va aislando de su familia y amistades y encerrando en el consumo.

Al avanzar en este hábito, tanto los hombres como mujeres bebedores tienden a desarrollar estados más bien depresivos, que se caracterizan por amargura, apatía, falta de iniciativa; pierden el sentido y el interés por la vida.

Mención aparte merece el uso de alcohol en embarazadas, ya que hay mujeres que no pueden dejarlo incluso en este estado. Es un hecho demostrado que el alcohol tiene efectos dañinos en el niño por nacer. Puede producir el llamado síndrome alcohólico fetal, que es un retardo mental asociado a un rostro característico, o bien problemas de aprendizaje o de conducta. Durante los meses de gestación la mujer debería abstenerse en forma absoluta de tomar alcohol.

Tranquilizantes: la adicción silenciosa

—A los 25 años me dieron un tratamiento a raíz de un problema amoroso. Fui al doctor y me indicó tranquilizantes, concretamente Bromazepan de tres miligramos. Si yo hubiese sabido que eran adictivos, no los hubiera tomado. Apenas me los recetaron, empecé a usarlos a la pinta mía, abusé desde un comienzo. Me los tomaba siempre antes de ir a trabajar, pues me sentía angustiada, con fatiga y falta de fuerza. Los tranquilizantes eran maravillosos, me quitaban todas esas sensaciones. Mi marido nunca se daba cuenta de la cantidad que usaba; yo me justificaba argumentando que eran recetados, pero a él le llamaba la atención cuando me veía adormilada, somnolienta, echada en la cama. El consumo de tranquilizantes ha seguido hasta hoy día. Históricamente, aumentaba la cantidad cuando tenía más problemas y trataba de bajarlos en los embarazos. Ahora me doy cuenta de que he sido adicta a las benzodiazepinas; creo que me va a costar mucho dejarlas, me asusta dejarlas, tengo miedo de enfrentar el mañana; no sé si seré capaz.

Hasta los años 50, los sedantes más empleados eran los barbitúricos; no obstante, eran medicamentos muy difíciles de manejar ya que producían adicción y tanto su sobredosis como la abstinencia podían ser letales. Marilyn Monroe y muchas conocidas figuras se suicidaron empleando barbitúricos. Por ello, cuando se sintetiza en Suiza la primera benzodiazepina, el clordiazepóxido conocido como Librium, es muy bien recibido por la comunidad médica.

Los especialistas comprueban que se trata de moléculas muy efectivas para calmar la ansiedad, la tensión y los espasmos musculares. Sin embargo, con el correr del tiempo se dan cuenta de que a los pacientes les cuesta mucho suspender los tranquilizantes y que un porcentaje de ellos tiende a automedicarse, aumentar las dosis y llegar a desarrollar adicción. La benzodiazepina comienza a ser empleada con objetivos suicidas, pero su letalidad es menor que la de los barbitúricos, dado que no produce parálisis del centro cerebral de la respiración. Algunos pacientes con sobredosis vomitan; como están inconscientes aspiran sus mismos desechos y se ahogan; otros sufren la grave neumonía por aspiración.

En el curso de los años, distintas benzodiazepinas, todas con iguales propiedades y riesgos, se han ido poniendo de moda, tanto como agentes terapéuticos indicados por médicos o autoprescritos y abusados.

Primero fue la época del diazepam o Valium, y más tarde el bromazepam o Lexotanil, el alprazolam o Zotran, y hoy en día el clonazepam o Ravotril.

El efecto de las benzodiazepinas es muy similar al del alcohol: calman la angustia, sedan, relajan, inducen a un agradable estado de somnolencia, permiten alejarse emocionalmente de los problemas y preocupaciones. Algunos descubren su efecto adictivo después de tomarlas recetados por un médico y tienen gran dificultad para dejarlas. Bajo el lema simplista de “si uno es bueno, dos es mejor”, con el tiempo comienzan a aumentar la dosis y la frecuencia de uso.

Estos medicamentos se acumulan en zonas del cerebro responsables de la memoria; por ello sus usuarios reportan dificultades en el recuerdo y la evocación. En las personas mayores sobredosificadas con tranquilizantes se pueden llegar a presentar cuadros psíquicos que se confunden con demencia.

La dificultad de dejar las benzodiazepinas, incluso empleadas en dosis terapéuticas, se debe a que provocan un síndrome de abstinencia intenso y prolongado; quien depone su uso experimenta nerviosismo, irritabilidad, le molestan los ruidos, se siente cansado y le cuesta quedarse dormido.

Desde que existe en Chile la llamada receta retenida es más difícil acceder a los tranquilizantes e hipnóticos. Antes de esta medida, era frecuente atender personas que consultaban por adicciones exclusivas a ansiolíticos, especialmente mujeres, llegando en ocasiones a consumir dosis increíbles tras desarrollar tolerancia progresiva.

—Recuerdo el caso —dice un especialista— de haber atendido a una mujer que llegó a tratamiento por consumir 120 comprimidos diarios de diazepam, de 10 miligramos, pese a lo cual estaba aparentemente lúcida y era capaz de responder a las preguntas de la entrevista. Hoy, con la receta retenida, es prácticamente imposible llegar a estas cantidades. Probablemente, las personas que habían usado benzodiazepinas abusaban del alcohol o de otras sustancias. Lo que sí existe es un uso indiscriminado y excesivo de tranquilizantes, luego que logran conseguir recetas y usarlas de manera desordenada y, eventualmente, adictiva.

La última encuesta realizada por Conace¹² entre alumnos de 12 a 18 años del país reportó un preocupante uso de fármacos sin receta médica. El consumo de tranquilizantes entre los estudiantes alcanza un 3,9% de prevalencia. Lo más probable es que las primeras veces el escolar los obtenga de manos de un familiar, a quien se los prescribieron. Pero luego, angustiado ante una prueba o cansado a causa de un traspase, los puede tomar directamente del botiquín de su casa.

Los adolescentes que abusan de múltiples sustancias suelen también consumir tranquilizantes y relajantes musculares, que consiguen de modo ilícito en la calle. Los consumidores de cocaína acostumbran combinar los tranquilizantes a su adicción principal para lograr relajarse y dormir después de una crisis de consumo.

Tal como las benzodiazepinas que se usan como ansiolíticos, existen otras sustancias con un intenso efecto inductor de sueño

12 Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, realizado por Conace en noviembre de 2003. Ver www.conace.cl

y que encuentran su campo terapéutico en el tratamiento de insomnio y como anestésicos en procedimientos y cirugía menor. La primera molécula de este tipo fue el nitrazepan o Mogadón, al que siguieron una gran cantidad, como el flurazepan o Dalma-dorm, el flunitrazepan o Rohypnol, el triazolam o Somese y el midazolam o Dormonid. Algunos hipnóticos que no tienen estructura de benzodiazepina, como el zolpiden o la zoplicona, también presentan potencial de abuso. La persona que desarrolla dependencia a los hipnóticos aumenta primero la dosis de la noche y posteriormente puede usarla durante el día, con lo que se induce un estado similar a la ebriedad.

Un punto especial merece el uso de flunitrazepan en jóvenes poliadictos, quienes lo huelen y aspiran por la nariz; lo llaman “chicota” y les provoca un estado de agitación intensa con amnesia posterior. Este tipo de medicamentos está siendo empleado para cometer robos o violaciones (*rape drugs*); se le suministra a la víctima escondida en el alcohol y al poco rato queda indefensa, y posteriormente no puede recordar a los malhechores por la amnesia que le provocó la sustancia.

Muy ligados a las benzodiazepinas se encuentran los relajantes musculares como la clormezanona. Empleados solos o combinados con tranquilizantes inducen a un estado de relajación extrema y tranquilización; comprometen la memoria y los dependientes la usan para “borrarse”.

La marihuana: droga del engaño

De la mano del alcohol, Pedro entró a la marihuana:

—*Aquel día preciso en que junté trago fuerte y marihuana caché que era muy potente y me gustó.*

No pasó mucho tiempo en que su consumo se intensificó:

—*Me fumaba un pito antes de irme al colegio, otro en el primer recreo, otro en el segundo, el cuarto antes de llegar a la casa y fumaba toda la tarde. Su efecto es de relajación, como estar volando; a veces es*

ver el mundo como una película en que no intervengo. Todo me divertía, me cagaba de la risa.

La marihuana es lejos la droga más utilizada; 150 millones de personas la consumen, según informó la agencia antidroga de la ONU¹³. Perteneció al grupo de los cannabinoides, ya que proviene de la *cannabis sativa*. Son las flores y hojas secas y molidas de algunas sepas de la planta del cáñamo. El hachís que se usa en Medio Oriente y Europa es el derivado resinoso de la misma planta.

La marihuana produce un efecto extraordinariamente atractivo. Por un lado, un estado de sedación; la persona se siente muy tranquila, placentera, y junto con eso se le producen deformaciones sensoriales al percibir los objetos que la circundan. Ve el cine en forma especial, escucha los sonidos de modo diferente; por eso hay quienes están convencidos de que necesitan de ella para captar aspectos y formas que no detectan lúcidos. Tocan a sus amigos con los que están consumiendo y los sienten de una dimensión distinta. Esta especie de juego y risa, en el cual van cambiando las sensaciones en medio de la sedación, es el comienzo del uso de la marihuana. Para muchos, como Pedro, la puerta de entrada a una vida de intenso sufrimiento.

Comúnmente se comienza a usar marihuana a los 14 o 15 años, entre segundo y tercero medio. Algún compañero de curso, un amigo de veraneo o un vecino en el barrio le ofrece la novedad. “¿Por qué no probarla cuando se dice que no es adictiva, es natural y que no hace daño?”, piensa el joven. Probablemente, la fuma una y dos veces y no nota ningún efecto, pero después, como aprende a fumarla y a aspirarla ya sin miedo, logra “volarse” por primera vez. Se siente relajado, se ríe, tiene sensaciones fantásticas que desaparecen después de un rato. Queda con el “bajón de hambre”, va a la casa y come cualquier cosa que encuentra en el refrigerador.

Quienes desencadenan la adicción son jóvenes que buscan

13 Informe de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen. *El Mercurio*. 26 de junio de 2004.

repetir la experiencia en grupo los fines de semana y, posteriormente, algún día normal después de clases. A lo largo del tiempo se desarrolla tolerancia, el efecto de la marihuana tiende a disminuir, por lo que el consumo se hace más frecuente y solitario. El joven ya necesita comprar él mismo la marihuana, no basta con la que le convidan. Al aumentar la dosis aparecen los síntomas tóxicos: el joven se ve cansado, ha perdido peso o ha engordado, está pálido, usa gotas para borrar el enrojecimiento de los ojos, deja el deporte u otros hobbies, duerme en exceso, disminuye su concentración y memoria, baja su rendimiento escolar, se relaja en su disciplina, está irritable y reacciona con vehemencia a las observaciones de sus padres o, a veces, de sus profesores.

Ese estado se denomina síndrome amotivacional; su apariencia es la de un cuadro depresivo y a menudo es tratado como tal, por supuesto sin resultados.

Algunos pueden sufrir “la pálida”: sienten mareos, se ponen blancos y llegan a desmayarse una vez que fuman. La pálida corresponde a una intoxicación aguda por la droga. Un porcentaje desarrolla fenómenos paranoideos, se sienten perseguidos y angustiados; en su lenguaje, aseguran “estar con la persecuta”. Han desarrollado adicción a la marihuana; la droga ya no les produce placer, pero no atinan a dejarla y, si tratan de hacerlo, vuelven a fumar a los pocos días.

Si bien la mayoría de los consumidores de marihuana son jóvenes, en Chile existe un grupo no despreciable de adultos que la consumen en forma habitual u ocasional, creyendo que no los perjudica. Transmiten a los hijos una actitud liberal frente al consumo e incluso les facilitan el acceso a la sustancia. Despiertan a la realidad recién cuando descubren que un hijo fuma marihuana de un modo descontrolado o ha pasado incluso a la cocaína.

Producto de una propaganda errónea, la marihuana se ha convertido en un problema social. A menudo aparece en la prensa y los programas de TV como si fuera una sustancia inocua. De allí que cuando se les pregunta a muchos por qué la fuman, responden convencidos de que se trata de “una sustancia natural, de origen

vegetal, que no produce dependencia física y eventualmente podría ser muy útil para el tratamiento médico de diversas patologías”. Pero eso es falso. Las opiniones que banalizan los efectos y riesgos de la marihuana, y que incluso apoyan iniciativas para despenalizar el cultivo de marihuana para su uso privado, no se condicen con los conocimientos alcanzados por la ciencia y la medicina.

Es urgente encarar esta realidad. Los actuales padres de adolescentes que usaron la droga de jóvenes ciertamente necesitan voluntad para enfrentar a sus hijos y aclarar el punto. Lo cierto es que la marihuana que hoy se expende o regala es comprobadamente más tóxica que la antigua, porque se ha multiplicado su contenido del principio activo de la droga, el Thc o tetrahidrocanabinol. Con frecuencia los jóvenes emplean marihuana prensada, que es preparada usando neoprén u otros inhalantes tóxicos.

La errónea concepción que ha circulado incide directamente en el hecho de que en la actualidad la marihuana es la droga de mayor consumo en nuestro país. El último estudio de Conace muestra que sobre el 5% de la población entre 12 y 64 años consume marihuana, tasa que se eleva al 6,6% entre los menores de 18 años y a 14% en los jóvenes entre 19 y 25 años de edad¹⁴. Este uso tan extendido se observa en gran parte de la sociedad occidental y se apoya en los mismos falsos argumentos.

La investigación de los últimos años, cuyos resultados más significativos resumimos a continuación, ha demostrado los verdaderos efectos que provoca esta sustancia.

1. La marihuana es una droga que produce dependencia y adicción. Hoy se sabe que la dependencia psicológica es un proceso de aprendizaje condicionado que se traduce en cambios neuronales en el cerebro; dependencia psíquica y dependencia física no son sino las dos caras de una misma moneda. Al fumarse, alcanza en pocos segundos el cerebro,

14 Conace. Quinto Estudio Nacional de Drogas, noviembre de 2003. Ver www.conace.cl

factor farmacocinético que facilita el desarrollo de la dependencia. El tetrahidrocanabinol, principio activo de esta droga, se fija a estructuras químicas específicas de la membrana neuronal, llamados receptores de marihuana¹⁵. En animales de experimentación, mediante el empleo de antagonistas de marihuana, moléculas casi idénticas a ella, pero que carecen de efectos psicotrópicos, se puede inducir un síndrome de privación similar al de opiáceos^{16, 17}. En el hombre, la marihuana se desliga lentamente de los receptores, por lo que los síntomas de privación, como irritabilidad, ansiedad y agresividad, son menos evidentes, pero sí suficientemente efectivos para que la persona persista en el consumo^{18, 19, 20}.

2. La marihuana produce la misma patología en el aparato respiratorio que el cigarrillo, especialmente la tendencia a las infecciones, bronquitis crónica y efisema pulmonar²¹. Aumenta además la posibilidad de desarrollar cánceres de cabeza y cuello, y probablemente de pulmón^{22, 23}. También tiene efectos adversos

-
- 15 Mechoulam, R. y cols. *CNS Cannabinoid receptors. Role and therapeutic implications for CNS disorders*. *CNS Drugs* 2 (4): 255–260, 1994.
 - 16 Aceto, M. D. y cols. *Cannabinoid precipitated withdrawal by a selective antagonist: SR141716A*. *European Journal of Pharmacology* 282 (1–3): R1–R2, 1995.
 - 17 Tsou, K. y cols. *Physical withdrawal in rats tolerant to delta-9-tetrahydrocannabinol precipitated by a cannabinoid receptor antagonist*. *European Journal of Pharmacology* 280: R 13–R 15, 1995.
 - 18 Kouri, E. M. y cols. *Changes in aggressive behavior during withdrawal from long-term marijuana use*. *Psychopharmacology* 143: 302–308, 1999.
 - 19 Haney, M. y cols. *Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans*. *Psychopharmacology* 141: 395–404, 1999.
 - 20 Budney, A. J. y cols. *Marijuana abstinence effects in marijuana smokers maintained in their home environment*. *Archives of General Psychiatry* 58 (10): 917–924, 2001.
 - 21 Tashkin, D. P. *Pulmonary complications of smoked substance abuse*. *West Journal of Medicine* 152: 525–530, 1990.
 - 22 Sridhar, K. S. y cols. *Possible role of marijuana smoking as a carcinogen in the development of lung cancer at a young age*. *Journal of Psychoactive Drugs* 26 (3): 285–288, 1994.
 - 23 Zhang, Z. F. y cols. *Marijuana use and increased risk of squamous cell carcinoma of the head and neck*. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 6: 1071–1078, 1999.

en el sistema inmune, ya que en los leucocitos existen abundantes receptores periféricos de marihuana^{24, 25}. Se han demostrado efectos negativos de esta droga sobre las gonadotropinas y la funcionalidad de los espermios. El THC puede reducir la movilidad de los espermios hasta en un 40% y 30% de ellos son incapaces de producir la enzima necesaria para atravesar la membrana externa del óvulo²⁶.

3. La marihuana produce déficit cognitivo en los usuarios, especialmente a nivel de memoria, atención y capacidad de aprendizaje. Las limitaciones cognitivas y de la iniciativa determinan que el fumador de marihuana tenga un rendimiento escolar y laboral inferior a quienes no la usan.

Aunque estas limitaciones son reversibles, el usuario crónico las sufre durante todo su período de maduración y formación, por lo que, aunque posteriormente cese su consumo, habrán efectos a largo plazo. Información reunida en estudios efectuados en Harvard demostró que los usuarios y ex usuarios de marihuana alcanzan un nivel educacional y de ingresos marcadamente menor que el grupo control, que provenía de un *back-ground* familiar y educacional similar²⁷. Cuidadosos estudios de seguimiento han indicado que la exposición prenatal de marihuana afecta el desarrollo cognitivo y comportamiento de niños y adolescentes a un nivel que les impide alcanzar toda su potencialidad²⁸.

-
- 24 Adams, I. B. y cols. *Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans*. Addictions 91: 1585 – 1614, 1996.
 - 25 Zhu, L. X. y cols. *Delta-9-tetrahydrocannabinol inhibits antitumor immunity by a CB-2 receptor-mediated, cytokine dependent-pathway*. Journal of Immunology 165 (1): 373–380, 2000.
 - 26 Lewis, S. Informe al Congreso de la Sociedad Británica de Fertilidad. *El Mercurio*. 31 de mayo de 2004. Ver www.qub.ac.uk/cm.org
 - 27 Pope, H. G. y cols. *Neuropsychological performance in long-term cannabis users*. Archives of General Psychiatry 58 (10): 909–915, 2001.
 - 28 Fried, P. A. *Prenatal exposure to marijuana and tobacco during infancy, early and middle childhood: effects and an attempt of synthesis*. Archives of Toxicology (Suppl.) 17: 233–236, 1995.

4. Existe una asociación entre trastornos emocionales y conductuales de la adolescencia y consumo de marihuana. El uso de marihuana se asocia a depresión, psicosis paranoidea y trastornos conductuales. Estudios de la Universidad de Colorado han mostrado que 80% de los pacientes adolescentes referidos a un programa de rehabilitación de desorden conductual eran también dependientes de marihuana^{29, 30}.
5. Hoy existe la evidencia epidemiológica de que el fumar marihuana facilita el entrar en contacto, probar y abusar de otras sustancias adictivas. Un extenso estudio efectuado en el Departamento de Salud Pública de John Hopkins publicado en 2002 demostró que los jóvenes que fuman marihuana a los que se les ofrece la posibilidad de probar otra droga tienen 15 veces más posibilidades de iniciar el consumo de cocaína y 12 veces más de iniciar el consumo de alucinógenos que los jóvenes que no usaban marihuana^{31, 32}.
6. La marihuana posee propiedades farmacológicas que podrían tener eventual uso terapéutico como analgésico, inhibidor de náuseas y vómitos asociados a quimioterapia, estimulante del apetito en pacientes de sida y cáncer, en trastornos neurológicos y en glaucoma. Sin embargo, la mayoría de las comunicaciones son anecdóticas y si efectivamente se demostrara la eficacia terapéutica de los cannabinoides, eso no indica que sea adecuado fumar marihuana en esas condiciones, ya que los

29 Crowley, T. J. y cols. *Substance dependent, conduct-disordered adolescent males: severity of diagnosis predicts 2-years outcome*. Drug and Alcohol Dependence 49: 225–237, 1998.

30 Crowley, T. J. y cols. *Cannabis dependence, withdrawal and reinforcing among adolescents with conduct symptoms and substance use disorder*. Drug and Alcohol Dependence 50: 27–37, 1998.

31 Wagner, F. A. y cols. *Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana and cocaine*. American Journal of Epidemiology 155 (10): 918–925, 2001.

32 Wilcox, H. C. y cols. *Exposure opportunity is a mechanism linking youth marijuana use and hallucinogen use*. Drug and Alcohol Dependence 66 (2): 127–135, 2002.

riesgos médicos son considerables. Una vía diferente es desarrollar moléculas más específicas para esas condiciones, como ha sido el caso del dronabinol, que está disponible como antiemético para las molestias derivadas de la quimioterapia.

El trato directo con pacientes dependientes comprueba brutalmente que la marihuana es muy difícil de dejar, incluso más que la cocaína. En efecto, al ser desplazada de los receptores se produce un síndrome de privación de extremada complejidad, similar al que provocan los opiáceos y la cocaína.

Es necesario que la discusión acerca de la legalización de la marihuana se apoye en estos hechos científicos y no se desplace al terreno de las emociones colectivas y los intereses electorales. No se trata de un problema de derechos individuales; es un asunto de salud pública y de alto interés y costo social.

Cocaína: última estación

Como suele ocurrir, desde la marihuana Pedro ingresó al mundo de la cocaína:

—La consumía sólo cuatro veces al año, en fechas precisas porque sabía que era peligrosa y además muy cara; jalaba en Navidad, Año Nuevo, durante mi cumpleaños y me dejaba una cuarta para jugar.

Otro paciente recuperado dice:

—Enganché, porque este tipo de droga provoca un efecto estimulante; podíamos bailar toda la noche.

Efectivamente, el hombre o la mujer que consume un estimulante como la cocaína siente su cuerpo extraordinariamente vital, lleno de una gran fuerza y energía; constata un estado de euforia, de alegría no fundamentada, independiente de lo que ocurre a su alrededor. Experimenta omnipotencia, vivencia de ser superior, se siente extraordinariamente capaz, percibe que se le están ocurriendo ideas geniales y que todo lo está haciendo de maravillas.

Los estimulantes hacen desaparecer las sensaciones

normales que demuestran la fragilidad de la condición humana. Por eso, quien los ingiere no necesita dormir, no siente cansancio ni hambre.

La cocaína se introdujo en la medicina como un anestésico local, y Freud creyó descubrir en ella una fantástica droga para tratar el dolor, la fatiga, el ánimo depresivo. Este estimulante se incluyó en la fórmula original de la Coca-Cola y de los tónicos en boga en aquella época. Pero pronto se descubrió su poder adictivo y su uso se eliminó en la medicina.

En Chile, en apenas seis años, entre 1996 y 2002 la cocaína aumentó 422% su presencia en los niveles socioeconómicos medios-bajos. En el mismo período, los jóvenes de 19 a 25 años incrementaron 102% el consumo del estimulante³³. En dos años, el precio de la droga ha bajado a la mitad en Santiago, en tanto el Departamento de Estado de EE.UU. alerta que nuestro país se ha convertido en importante punto de tránsito de este narcótico.

El reciente estudio entre escolares de Conace³⁴ evidenció una realidad alarmante: 1,6% de los niños de octavo básico ya la consumen, porcentaje que llega al 5,9% en cuarto año de enseñanza media. Es decir, en cada curso a lo menos dos jóvenes están consumiendo cocaína.

Hay tres tipos de consumidores de cocaína: los adolescentes como Pedro; los adultos jóvenes, que comienzan su carrera adictiva con la sustancia, y los bebedores que la descubren tardíamente.

El adolescente que usa alcohol y marihuana tiene grandes posibilidades de tomar contacto con la droga, ya que se mueve en ambientes donde circula y se ofrece cocaína. Muchos la rechazan en repetidas ocasiones, pero llega un momento, en que, mareados por el alcohol, acceden a probarla. Algunos la encuentran “asquerosa”, les impacta el descontrol que les provoca y prefieren

33 *El Mercurio*. 17 de marzo de 2002.

34 Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile realizado por Conace en noviembre de 2003 y publicado en mayo de 2004. www.conacedrogas.cl

quedarse con las sustancias ya conocidas. Sin embargo, a un porcentaje importante les agrada su efecto estimulante, diferente al del alcohol y la marihuana. Cuando la empiezan a usar con cierta periodicidad, los padres se alarman porque se acentúa el desorden general de la conducta, el desinterés por sus obligaciones, la irritabilidad e incluso la violencia con que se relacionan. Este cambio en su personalidad gatilla que los padres consulten a un especialista y comiencen un tratamiento por adicción.

El típico consumidor de la cocaína es el adulto joven. Se trata de hombres o mujeres por lo general ya casados, profesionales, empresarios, muchas veces exitosos, que usan el alcohol en círculos sociales y en forma moderada y que pueden haber sólo probado la marihuana cuando joven. Pero en ciertas circunstancias, durante una fiesta, un Año Nuevo, despedida de soltero o en una reunión social para celebrar un gran negocio, como también en su medio habitual de trabajo, le ofrecen cocaína y la persona de inmediato queda fascinada con la reacción eufórica que le reporta el consumo.

Descubre una forma de placer muy intensa, fácil de lograr, diferente de todas las que ha conocido previamente. Al comienzo acepta si se la ofrecen en una situación social; posteriormente, la busca en forma activa y comienza a usarla con regularidad: una vez al mes, cada quince días, todos los fines de semana y alguna noche, después de la jornada laboral. Necesita comprarla y establece relación con uno o más *dealers*, que se la proporcionan tras un llamado telefónico.

La cocaína es aspirada por la nariz, desde donde pasa rápidamente a la sangre. En las fosas nasales existen corrientes de aire, similares a las de un río, razón por la cual la droga aspirada llega siempre al mismo lugar del tabique. En una primera etapa se produce vasoconstricción y palidez en un área —que de inmediato llama la atención al otorrinolaringólogo y le permite diagnosticar que la persona se encuentra en consumo—; posteriormente se inflama y destruye la mucosa, se forman costras. El afectado sufre de romadizo, hace gestos típicos y ruidos con su nariz y se suena con frecuencia, apareciendo por momentos sangramiento. Finalmente

se destruye el cartílago y se produce perforación del tabique nasal.

La cocaína es muy adictiva, el deseo de usarla se apodera del pensamiento de la persona y, sin darse cuenta, ésta la aspira interrumpiendo su trabajo, levantándose al baño en una reunión o escondida en su casa. Con el correr del tiempo, el síndrome de privación se manifiesta como cansancio, apatía, desinterés y el consumidor empieza a requerirla para su quehacer normal. Le cuesta conciliar el sueño y está muy excitado, por lo que abusa del alcohol y los tranquilizantes. La cocaína aumenta la tolerancia al alcohol y un consumidor regular puede llegar a tomar entre media y una botella de pisco o whisky al día.

En etapas avanzadas de adicción a la cocaína, el individuo consume en largas sesiones, que puedan durar doce, veinticuatro o más horas. “*Binges*” se les llama a esas jornadas que se interrumpen solamente por el agotamiento o porque ya no se dispone de más droga. A esta crisis le sigue un sueño profundo, y cuando despierta, la persona recuerda horrorizada esa conducta en la que ha incurrido y el dinero que ha gastado.

Esta droga siembra un desastre en el terreno financiero y, de hecho, cuando el paciente llega a tratamiento, la familia descubre que está lleno de deudas, que ha copado su línea de crédito en varios bancos y que ha “reventado” sus tarjetas de crédito. El uso de cocaína se asocia a un estilo de vida de mucho gasto. Implica un desembolso no sólo para comprar la droga, sino también para todo lo que suele ir asociado: noches de farra, mujeres y de cuanto hay imaginable. En efecto, el consumidor no escatima recursos para satisfacer un cúmulo de fantasías. Todo le parece barato, imprescindible y a su alcance. Son los compradores ideales. Autos lujosos, ropa fina, viajes y hasta yates.

Fruto de la omnipotencia que suele experimentar el consumidor, surgen en su mente proyectos comerciales o empresariales que, si bien pueden ser geniales, al final fracasan estrepitosamente porque no suelen ajustarse a la realidad; por lo demás, descuidan los detalles en su realización. Cuando el consumidor es un empleado,

falla en sus obligaciones labores y más de una vez utiliza los recursos de la empresa para tapar “temporalmente” sus acostumbrados apuros económicos.

La cocaína produce un aumento de la imaginación sexual. El individuo se aficiona a mirar revistas, videos y sitios de pornografía en internet. Son frecuentes la infidelidad, la promiscuidad y el consumo con prostitutas, y no rara vez se desencadenan conductas perversas, muy distantes del carácter previo y de la formación de la persona. El acto sexual efectuado con cocaína es vivido como muy intenso, y uno de los problemas terapéuticos en la rehabilitación es lograr que la persona vuelva a sentir una relación plena en lucidez. Todo este panorama psicológico desemboca con frecuencia en la ruptura matrimonial del adicto. No obstante, cuando la pareja logra mantener su matrimonio, el cónyuge tiene que hacer un gran esfuerzo para perdonar. Lo que más le cuesta aceptar no es tanto el consumo, sino la infidelidad.

Como hemos visto, la adicción a la cocaína puede terminar en el desastre económico y la ruptura matrimonial. Sin embargo, hay otra forma más fulminante de acabar. La cocaína es un poderoso vasoconstrictor, es decir, contrae los vasos especialmente del corazón y del cerebro, eleva la presión arterial y produce arritmia y paro cardíaco. Por ello, una noche de consumo compulsivo puede terminar en un accidente cerebral vascular, un infarto al miocardio, una arritmia o muerte súbita. Los médicos que trabajan en los servicios de urgencia están sorprendidos de diagnosticar el elevado porcentaje de estas patologías en menores de 40 años, lo que atribuyen, a lo menos parcialmente, al abuso de cocaína. Así, cuando llegan pacientes jóvenes con accidente vascular coronario o cerebral, no dudan en solicitar un examen de orina para detectar la presencia de la droga.

El tercer tipo de consumidor de cocaína en nuestro medio es el bebedor habitual al que un día, en plena farra o fiesta, le ofrecen la sustancia y comprueba admirado que su estado de ebriedad se disipa como por milagro. Después de repetir este efecto comienza a buscarla activamente y a usarla en forma

sistemática para aumentar su tolerancia al alcohol. Se le ve entrar a un baño tambaleante, con la voz trapesa y la mirada perdida, y a los pocos minutos después sale nuevo, como si no hubiera bebido ni una sola gota. A medida que se establece la adicción a la cocaína cambia su conducta, ya no es pasivo y tranquilo como antes, se vuelve escandaloso o violento, hace escenas al llegar a la casa de madrugada o incluso se pierde, tiene conductas promiscuas y se desordena en sus finanzas. Este cambio conductual alarma a la familia y es muchas veces el motivo de consulta al especialista.

El efecto del abuso combinado de alcohol y cocaína en el cerebro es grave, e incluso algunos investigadores postulan que en sus neuronas se acumula un compuesto tóxico denominado cocaetileno o etileno de cocaína. De las muertes ocasionadas por la intoxicación por drogas, informa el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos, las más comunes son las ocasionadas por el uso combinado de cocaína y alcohol. La desintoxicación de este tipo de pacientes es muy compleja; frecuentemente desarrolla con la abstinencia estados de confusión que pueden durar varios días o un par de semanas.

La pasta base es similar al crack que se fuma o se inyecta en Estados Unidos. Corresponde al sulfato de cocaína. Su bajo precio la hace más asequible y es usada extensamente en niveles de bajos recursos. Como toda sustancia que se fuma, la pasta base se inhala directo a los pulmones desde donde la sangre la absorbe y llega en diez segundos al cerebro, la misma velocidad que cuando se inyecta. También así de rápido se desprende de los receptores cerebrales; su efecto no dura más de 5 a 10 minutos, provocando una sensación muy intensa de angustia que obliga a volver a aspirarla. Por ello, en las poblaciones a esta droga se la conoce como “Angustia”. Es extremadamente adictiva y para conseguirla hay quienes llegan hasta el robo y asesinato.

Anfetaminas: droga de la silueta

Otra de las drogas usadas ampliamente son las anfetaminas. Pertenecen, al igual que la cocaína, al grupo de los estimulantes. Fueron empleadas en la medicina como anorexígenos o supresores del apetito y, como ya lo señalamos, todavía se emplean para el tratamiento de la hiperactividad asociada al Síndrome de Déficit Atencional. Los síntomas de consumo de la anfetamina son idénticos a la cocaína, pero aparecen en forma más gradual y duran varias horas. Doce horas después de consumirla, todavía el 50% de la droga permanece en el cuerpo. En cambio, 50% de la cocaína ya no está en el organismo una hora después de inhalarla. De hecho, muchas veces cuando el adicto a la cocaína no puede conseguirla, la reemplaza con anfetaminas.

En las farmacias están disponibles la anfetamina y la metanfetamina (Sidrín), además del dietilpropión (Sacin), molécula muy similar a la anfetamina. También la anfetamina forma parte de compuestos de recetas magistrales que se despachan en las farmacias y que contienen, además, distintos fármacos como tiroideos, diuréticos, tranquilizantes y antidepresivos. Los adictos la adquieren a través de robo y falsificación de recetas y con los *dealers* en la calle, donde se la denomina “pepa”. En Estados Unidos hay quienes también se inyectan, fuman y aspiran la anfetamina para lograr un efecto similar a la cocaína.

Las anfetaminas, y especialmente la metanfetamina, tienen un alto nivel de toxicidad. Después de un uso prolongado de dosis relativamente bajas, se ha reportado que pueden dañar hasta el 50% de las células cerebrales que producen dopamina, neurotransmisor esencial para la motricidad y los procesos de motivación y para la conciencia de realidad. El abuso crónico produce síntomas psicóticos, como alucinaciones y paranoia, y comportamiento violento, cuadro que puede confundirse con una esquizofrenia. El síndrome de abstinencia es también muy intenso; la persona experimenta apatía extrema, depresión, ansiedad, síntomas psicóticos y un intenso deseo de consumir la droga.

Las anfetaminas causan una variedad de problemas cardiovasculares: taquicardia, alteración del ritmo cardíaco, hipertensión arterial y accidente vascular por daño de los vasos pequeños del cerebro.

Inicialmente indicadas en tratamientos médicos para contrarrestar la obesidad, el paciente las toma primero para adelgazar, pero comienza al mismo tiempo a sentir un estado de energía que le es grato. Entonces va desarrollando adicción y continúa abusando de estas pastillas, aunque haya alcanzado el peso buscado; para ello consigue una receta médica. Elisa, 38 años, casada, dos hijos, rehabilitada hace cinco años, resume así su historia:

—En mi familia todos eran flacos, la única redondita era yo. Aunque nadie me lo dijera, me sentía la más fea. Un día, una amiga me contó que su ginecólogo le había recetado unas pastillas para bajar de peso. Me regaló algunas para probar, con la idea de ir al médico si me funcionaba. Fue increíble. Había desaparecido mi gran trauma. No volví a sentir hambre, sólo tomaba agua. Tenía 19 años y el futuro asegurado. Durante cuatro meses seguí tomando las pastillas. “Estás súper flaca”, me aseguraban todos; nadie sospechaba lo que hacía para conseguirlo. De pronto me invadió la idea de que no era suficiente, necesitaba estar más delgada. Un doctor me dio la misma receta y luego me cambió las pastillas por unas mejores. Andaba súper acelerada, con la boca seca todo el día, con taquicardia, me palpitaba hasta la garganta. Nunca percibí lo que la gente veía en mí. Me daba igual; aunque corría todo el día, no comía, me mantenía flaca. Ésa era mi obsesión... Qué más quería en la vida...

El otro modo de entrar en el abuso de anfetaminas suele darse en personas que las probaron después de haber conocido varias drogas; les quedó gustando su efecto estimulante y llegaron incluso a desplazar a las antiguas sustancias. “La pepa”, como le suelen llamar, es más fácil de transportar, no deja mal aliento, es más barata, permite tolerar mayor cantidad de alcohol. Produce “aceleramiento” no sólo para divertirse mejor, también para trabajar “en forma más eficiente”. Cuando una persona consulta ya es un adulto que ha intentado muchas veces dejar la droga por sí solo.

Los pacientes en rehabilitación por adicción a la anfetamina pueden presentar síntomas de abstinencia durante muchos meses, hasta que su cerebro recupera la funcionalidad normal. No obstante, el deterioro intelectual puede ser muy marcado y los síntomas psicóticos pueden persistir por meses o años después de iniciada la abstinencia.

Anabolizantes: la droga del gimnasio

Los esteroides anabólicos son moléculas sintetizadas en laboratorio, emparentadas con las hormonas sexuales masculinas. Estimulan el crecimiento de los músculos esqueléticos y el desarrollo de características sexuales masculinas. Son usados médicamente para tratar la insuficiencia de testosterona, casos de pubertad retardada y la pérdida masiva de musculatura que ocurre con el sida o con otras enfermedades.

Corresponden a una de las drogas encontradas con más frecuencia en el examen de doping, ya que su uso está muy extendido entre deportistas hombres de alto rendimiento que buscan potenciar el efecto muscular de su entrenamiento. Su empleo se ha extendido además a través de la cultura del gimnasio entre jóvenes que buscan moldear una musculatura “perfecta”. Algunos de sus usuarios sufren de un trastorno de la imagen corporal similar al de la anorexia: aunque tienen una musculatura muy desarrollada se autoexaminan, encuentran que sus músculos no son suficientes, que tienen mucha grasa o que determinados grupos musculares no les resultan armónicos. Son jóvenes que pasan largas jornadas en el gimnasio, esclavos de la balanza; se miran al espejo y buscan defectos en su corporalidad. Visten ceñidamente, buscando cuidadosamente exhibir sus músculos de cuello, brazos, pectorales y abdominales. Para moldear su figura pueden usar también anorexígenos y aceleradores del metabolismo.

En los últimos años, también las mujeres han comenzado a

abusar de estos medicamentos para mejorar su rendimiento atlético y verse más musculosas.

Los anabólicos pueden tomarse por la boca o inyectarse, y existe un sinnúmero de compuestos con distintos nombres comerciales. Las inyecciones suelen ordenarlas de forma piramidal; en la primera mitad del ciclo aumentan la dosis progresivamente hasta llegar a un máximo que mantienen algunos días y que, más adelante, en la segunda mitad del ciclo, van reduciendo hasta llegar a cero. La dejan de usar por un tiempo antes de reanudar una nueva fase de inyecciones. Con este curioso ritmo esperan que el cuerpo pueda adaptarse mejor a la enorme dosis de anabólicos a la que llegan. Con los períodos de abstinencia creen darle tiempo para recuperarse a su sistema hormonal.

Un porcentaje de los usuarios experimenta síntomas de abstinencia caracterizados por oscilaciones del ánimo, sensación de debilidad, disminución del apetito sexual y un deseo compulsivo que los lleva a volver a usar los esteroides.

Estos medicamentos producen algunas consecuencias médicas que pueden ser graves. En los hombres incrementa la caída del pelo, disminuye la producción de espermios, aumenta el tamaño de las mamas y más de la mitad llega a sufrir atrofia de los testículos. En las mujeres provoca calvicie, acné y signos de masculinización. Se ha sugerido que el uso crónico de esteroides podría provocar ataques cardíacos y cáncer al hígado.

Éxtasis: droga del amor

Con la ingenua carátula del Ratón Mickey, Snoopy, Batman y Superman, el éxtasis es un estimulante que se ha popularizado en el último tiempo y que cobra importancia. La tableta, MDMA (3-4 metilendioximetamfetamina), derivada de la anfetamina, creada en laboratorio con el fin de causar el máximo efecto y adicción, es cada vez más común en ambientes de discotecas, donde también figuran el LSD, las anfetaminas, el flunitrazepan y otras.

Su estructura química tiene similitud tanto con el estimulante metamfetamina como con el alucinógeno mezcalina. Su efecto máximo ocurre a las dos horas de haberla ingerido y puede durar hasta seis.

El éxtasis se incluye entre las llamadas drogas de club o discotecas. Ya está al alcance de aquel joven que decide voluntariamente consumir esa droga y que, por lo general, también abusa de otras sustancias como alcohol, marihuana, ácido; pero también está muy cerca de aquellas personas que pueden ser inducidas a consumir sin saberlo. La cara amistosa que los narcotraficantes le han puesto es una verdadera bomba.

El uso de esta droga sintética se relaciona directamente con la disponibilidad, aseguran los especialistas:

—Nos ha tocado ver a muchos adolescentes que en Chile abusaban de marihuana, pero que al llegar a Europa tienen acceso al éxtasis y lo usan varias veces por semana o cada vez que van a una discoteca. Si esta droga estuviese fácilmente disponible, de seguro sería usado por una gran cantidad de jóvenes.

En su primer informe mundial sobre el tema, el director de la Oficina Antidrogas de la ONU³⁵ aclaró en septiembre de 2003 que el daño provocado por las drogas sintéticas como el éxtasis es serio, duradero y acumulativo. Causa dependencia y psicosis.

La droga ataca específicamente los sistemas cerebrales de transmisión de serotonina y, según algunos informes, podría acelerar el proceso de envejecimiento. Se ha demostrado que basta un par de consumos para provocar una alteración duradera en estos sistemas cerebrales, que son básicos para regular el estado de ánimo, el ciclo sueño-vigilia, el apetito, la memoria y la cognición.

Agrava la situación el hecho de que estas sustancias no requieren de jeringas ni agujas, y que un frasco de pastillas pasa inadvertido en el botiquín familiar. De los 200 millones de personas que

35 Informe mundial de Antonio María Costa, director de la Oficina Antidrogas de la ONU. Roma, septiembre de 2003.

reconocen usar drogas en el mundo, 30 millones utilizan las sintéticas.

El personero de la ONU afirmó que el uso del éxtasis ha aumentado en 70% en los últimos cinco años; “se estima que desde agosto de 2002 hasta ahora lo han consumido 40 millones de personas”. La producción mundial de estas pastillas es de 500 toneladas anuales, lo que implica un comercio de 65 mil millones de dólares. Y si en 1990 en el mundo se incautaron 4 toneladas de anfetaminas, la cifra subió a 40 toneladas en el período 2000–2001. Su venta resulta muy atractiva para los traficantes, pero los usuarios pagan caro la experiencia. La gravedad está en sus efectos.

Al tomarla los jóvenes se aseguran de que pueden bailar toda la noche sin cansarse, y sienten una proximidad y particular cercanía (*togetherness*) con sus pares. El joven se siente amistoso, sereno y sociable, por lo que se la ha denominado la droga del amor. No obstante, padecen hipertermia, se deshidratan, se destruyen sus músculos y padecen trastornos cardíacos y renales graves, como ya lo han reportado en Chile varios casos clínicos. Derivados de su uso en Estados Unidos, en el año 2000 llegaron al servicio de urgencia 4.511 jóvenes.

Se ha detectado que el efecto de esta sustancia se prolonga durante varios días. En la semana siguiente del consumo pueden sufrir labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, trastorno de sueño y del apetito.

—*Hace cuatro años, mientras estudiaba en Bélgica —recuerda una joven encuestada—, en las fiestas y discotecas siempre había una salita más iluminada, con sillones y con los típicos botellones de agua y vasos especialmente dispuestos para abastecer a los que tomaban éxtasis.*

—*En cambio, en nuestro medio —asegura otro adolescente— hay lugares de diversión y baile que cortan el agua de los baños para que la gente con sed pueda consumir más alcohol.*

El éxtasis es una droga elaborada en un laboratorio. Su combate, por tanto, se hace especialmente difícil porque, si bien por ahora se produce en Europa y Norteamérica, puede fabricarse en

cualquier parte del mundo, a diferencia de la cocaína, la heroína o el opio, que dependen de condiciones geográficas y climáticas para su producción.

De acuerdo con las estadísticas del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace), los adictos al éxtasis ya alcanzan en nuestro país entre 12 mil y 14 mil personas, principalmente entre los jóvenes del sector alto, debido a que cada pastilla tiene un valor que varía desde 4 mil hasta 14 mil pesos³⁶.

Alucinógenos: el viaje a la psicosis

Pedro también llegó a incursionar en el mundo de los alucinógenos, sustancias que nos revelan lo enigmática que es la conducta de consumo en el ser humano.

Los alucinógenos producen estados pasajeros de pérdida de la razón, que es una de las condiciones más temidas de experimentar.

Con su consumo aparecen alucinaciones o percepciones sin objeto; las personas suelen escuchar o ver cosas que no existen en la realidad. Asimismo, se les presentan ideas y ocurrencias delirantes, entonces pueden sentirse perseguidos o en un mundo fantástico y todo esto lleno de una gran angustia. De hecho, la angustia persecutoria es probablemente la más intensa que puede sufrir el individuo.

En esta categoría se encuentran moléculas muy similares al neurotransmisor serotonina, como el LSD (dietilamina de ácido lisérgico), peyote y hongos alucinógenos; la mezcalina y el éxtasis estimulan, en cambio, al neurotransmisor norepinefrina.

Los jóvenes consumen esta droga en general en grupos fuera de la ciudad. Hay algunos lugares preferidos, como San Pedro de Atacama o Machu Picchu, donde aseguran sumarle a la

36 Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile, realizado por Conace en noviembre de 2003. Ver www.conacedrogas.cl

experiencia un ingrediente místico. Cada jornada con la droga la denominan *trip* o viaje, que corresponde a una psicosis de varias horas de duración.

El alucinógeno más usado es el LSD, llamado comúnmente “el ácido”; fue una molécula que se desarrolló en laboratorio y que por accidente el químico Albert Hofmann la ingirió y sufrió un cuadro psicológico que calificó de “espeluznante”. Es vendida en hojas de papel impregnadas con LSD, que divididas en cuadraditos son llamadas “estampillas”.

La generación de los hippies abusó de esta droga y la idealizó. Hoy, los jóvenes poliadictos, que ingieren distintas sustancias adictivas, es común que hayan usado ácido más de una vez.

Se han descrito cuadros persistentes de psicosis desencadenadas por consumo repetido de LSD.

Otro de los alucinógenos que en Chile ha cobrado importancia es el medicamento trihexifenidilo, cuyo nombre comercial es Tontaril, más conocido como “Tontaril” en la jerga juvenil, aludiendo a su efecto. Sus consumidores toman cinco o diez pastillas de una vez y experimentan estados de psicosis muy intensos, que pueden durar varios días.

Íntimamente relacionadas con los alucinógenos se encuentran las drogas disociativas, entre las cuales la fenciclidina se usó extensamente en Estados Unidos. Son anestésicos generales que producen una sensación de ebriedad acompañada con un alejamiento de la realidad y distorsión de las percepciones. En Chile se ha reportado abuso del anestésico veterinario Ketamina, que los jóvenes se hacen inyectar, para inducirse sensaciones psicotizantes.

Los opiáceos: tras la indolencia

Se trata de sustancias derivadas del opio de la amapola; entre ellos, la morfina es el analgésico más poderoso. Estas sustancias, como la heroína y la metadona, se usan por vía endovenosa y es la

droga final en el camino del adicto entre los europeos y norteamericanos; en cambio, para los chilenos resultan ser la cocaína y la pasta base.

Al consumir alguno de los opiáceos, la persona entra en un estado más bien de indolencia o contemplativo. Es decir, capta lo que ocurre a su alrededor, pero su sistema nervioso se vuelve neutro, nada parece importarle, siente una completa indiferencia emocional. Los estudios comparan este efecto al Nirvana o al Paraíso de las religiones orientales.

La heroína es la droga ilegal y adictiva por definición. Es un derivado de la morfina que se inyecta por vía endovenosa, aunque puede ser también inhalada o fumada. La inyección se repite hasta cuatro veces al día; su efecto se disipa y aparecen síntomas de abstinencia. Siete a ocho segundos después de inyectarse, el usuario experimenta una sensación placentera que se acompaña de síntomas físicos como piel caliente, boca seca, pesadez en las extremidades y, a veces, náuseas, vómitos y picazón. Esta euforia es de muy corta duración y le sigue un estado soporoso que dura varias horas; una especie de hibernación, durante la cual se está obnubilado, el corazón y la respiración se lentifican. La heroína inhibe el centro cerebral de la respiración, lo que puede producir la muerte.

La abstinencia de heroína produce síntomas severos de privación que comienzan pocas horas después de la última dosis. La persona se siente inquieta, con dolores musculares, insomnio, diarrea y vómitos, cuadro que dura entre 24 y 48 horas.

Las consecuencias del uso de heroína derivan especialmente del hecho que se inyecte; los adictos usan agujas no estériles y las comparten. El usuario del narcótico tiene todas las venas de su cuerpo prácticamente inutilizadas y puede sufrir infecciones graves de las válvulas del corazón, de los vasos o abscesos, hepatitis y sida. Es muy frecuente la sobredosis de opiáceos, por lo que la mortalidad entre estas personas es muy elevada.

Los chilenos prefieren la vía oral. Huyen de las inyecciones, lo que nos ha favorecido, porque entre nosotros el contagio de

enfermedades por jeringas no es comparable al de países europeos o Estados Unidos.

En Chile, las adicciones más frecuentes por opiáceos se dan entre personas que por su profesión tienen contacto con ellos y que abusan, por ejemplo, de la metadona, de la morfina o del anestésico intravenoso fentanil.

—*Hemos tenido oportunidad de tratar numerosos médicos, enfermeras, nutricionistas, obstetras y anestesistas que manejan este tipo de fármacos* —asegura un especialista.

En nuestro país también se abusa de dos tipos de medicamentos que contienen codeína, análogo de la morfina, pero de menor potencia. Por un lado, están los jarabes para la tos y por otro, los analgésicos, especialmente en fórmula de supositorios (espasmocibalgina compuesta). De ambos hay registros de pacientes que han sido tratados por abusar en forma exclusiva de ellos; no obstante, también aparecen en la lista de drogas abusadas por poliadictos.

Inhalantes: la aspiración suicida

Los inhalantes son sustancias volátiles que producen vapores posibles de ser aspirados. Se pueden buscar numerosas sustancias inhalantes abusadas: solventes, aerosoles, gases anestésicos como el éter o el óxido nitroso o gas hilarante.

El más empleado en Chile es el neoprén, que contiene tolueno y ciclohexano o benceno. Si bien ya es habitual ver en las calles o en la TV a niños o adultos marginales aspirándolo en bolsas de plástico, también es usado en los sectores de mayores recursos inadvertidamente, ya que la marihuana prensada justamente se “prensa” con neoprén.

Los inhalantes son sustancias destructivas, adictivas y tóxicas para el cerebro y el resto del organismo. Producen pérdida de la capacidad intelectual, demencia y síndromes neurológicos complejos; además, el benceno es tóxico para la médula ósea, disminuye la

respuesta inmunológica y podría causar leucemia. El tolueno provoca daño neurológico, hepático y renal.

El neopren y otros inhalantes provocan un estado similar a la ebriedad, acompañado de euforia y alucinaciones. Como el efecto dura sólo unos minutos, quienes abusan de él buscan prolongar esta vivencia por varias horas a través de inhalación repetida, tanto que pueden llegar a la inconsciencia, las convulsiones y a una muerte súbita. El consumidor puede fallecer por asfixia o al aspirar su vómito.

Cigarrillo: la droga social

El tabaquismo afecta a cerca del 30% de la población mundial³⁷.

La nicotina del cigarrillo es una molécula altamente adictiva que las personas no tienden a incluir entre las drogas porque no alteran la conciencia. Sin embargo, la mayoría de los fumadores no lo puede dejar, precisamente porque ha desarrollado una dependencia. La nicotina se absorbe a través de los pulmones, llega a la sangre y alcanza el cerebro en unos diez segundos. Se calcula que un fumador inhala diez veces en cada cigarrillo, de modo que el cerebro de un fumador de una cajetilla diaria recibe doscientos refuerzos de nicotina cada jornada, cada uno de los cuales potencia su adicción. Cada aspiración produce una intensa sensación placentera que al comienzo estimula y después puede tranquilizar y relajar. Se acompaña de cambios físicos muy importantes, como elevación de la presión arterial, aceleración del corazón y respiración y elevación del azúcar en la sangre. Dependiendo del ambiente o situación en que el fumador se encuentre, puede manipular la aspiración para lograr estimulación o sedación. Atareado en su oficina, fuma rápido y enérgico para mantenerse alerta; recostado en su cama

37 Informe de la Oficina Antidrogas de la ONU, publicado en Viena en junio de 2004.

aspira lento y profundo, incluso puede jugar con volutas de humo.

Se produce una relación directa entre el fumar y diversas actividades de la vida cotidiana: conversar, leer, relajarse, hablar por teléfono, ir al baño. También la persona tiende a fumar frente a emociones habituales como el temor, la ansiedad o la pena.

Los estudios epidemiológicos en todo el mundo, y también en Chile, han constatado que el cigarrillo inicia la cadena del abuso y la adicción. El adolescente comienza a fumar empujado por la presión de sus pares y por aparecer más adulto. Una vez que ha incorporado este hábito, entrega a su entorno una señal de que es un buen candidato para ofrecerle marihuana y, de paso, alcohol.

Cuando la persona accede a las otras drogas tiende a aumentar el uso del cigarrillo. Sin ir más lejos, los bebedores suelen acompañar su trago con cigarrillos y los usuarios de cocaína también confiesan un aumento dramático del número de cigarros desde que comenzaron a consumir el estimulante. Más de dos tercios de los pacientes que ingresan a tratamiento por alcohol y droga son además fumadores habituales, cifra que dobla la del resto de la población. Su uso es un problema importante en la rehabilitación. Muchos pacientes señalan que les ha resultado bastante más fácil dejar el alcohol, la marihuana y la cocaína que abstenerse de fumar. De hecho, cuando logran la abstinencia de estas drogas aumentan el número de cigarros diarios. La práctica clínica es motivar a que el paciente adicto deje de lado su hábito de fumar en una etapa avanzada de su rehabilitación. Hoy existen diversos tratamientos del síndrome de abstinencia del cigarrillo, como parches o chicles de nicotina y el antidepresivo bupropión. Los programas de rehabilitación de droga son un marco terapéutico ideal para quien se decide a abandonar el hábito del cigarrillo.

Todo especialista en adicciones ha conocido el caso doloroso de pacientes mejorados definitivamente de su adicción al alcohol o drogas que posteriormente fallecen de enfisema o cáncer pulmonar.

El cigarrillo produce consecuencias médicas muy graves, particularmente patologías pulmonares, cardiovasculares y cáncer. El cigarrillo es responsable de un tercio de todos los cánceres, que

pueden localizarse en el pulmón, boca, esófago, estómago, páncreas, útero, riñón y vejiga. Un quinto de todas las muertes por enfermedades cardíacas son atribuibles al fumar.

Las estadísticas chilenas con respecto al tabaco son especialmente alarmantes. Mientras en los países desarrollados se registra una disminución de las personas que comienzan a fumar, entre nosotros las cifras se mantienen muy altas e incluso crecen. En el último año, el 51,54% de los escolares se declaran fumadores. Las mujeres lo hacen en mayor proporción. La tasa en ellas alcanza a 55,08% y a 47,90% la de los hombres³⁸.

Un problema especial es el cigarrillo en la mujer embarazada. La nicotina contrae los vasos de la placenta y su irrigación disminuye en casi 40%. Los recién nacidos de mujeres que han fumado en el embarazo tienden a un bajo peso y su examen neurológico es significativamente más deficiente que el hijo de una mujer que no ha fumado. Estudios de los últimos años sugieren que el efecto del cigarrillo en estos niños podría persistir hasta la adolescencia. Investigaciones efectuadas en Ottawa, Canadá, sugieren que la exposición al cigarrillo en el embarazo tiene un impacto negativo en el CI y en algunos tipos de memoria³⁹.

El cerebro adicto: circuito del placer

En 1954 dos neurofisiólogos norteamericanos, James Olds y Peter Milner, descubrieron en sus ratas una conducta muy reveladora para el conocimiento del comportamiento humano. Instalaban en el cerebro del animal un electrodo profundo que se conectaba a un circuito eléctrico que se cerraba cada vez que el roedor presionaba una palanca. En lugares específicos del cerebro, la

38 Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población Escolar de Chile dado a conocer por Conace en mayo de 2004. Ver www.conacedrogas.cl

39 Fried, P.A. y cols *Differential effects on cognitive functioning in 13-to-16 years-old prenatally to cigarettes and marijuana*. *Neurotoxicology and Teratology* 25 (4): 427-436. 2003.

autoestimulación de estos puntos era espectacular; la rata presionaba miles de veces cada hora, deteniéndose sólo cuando se agotaba. Esta autoestimulación era indicativa de que la descarga eléctrica en esos puntos cerebrales provocaba efectos placenteros. Diversos lugares a lo largo del cerebro eran capaces de evocar esas mismas respuestas de autoestimulación, lo que permitió describir un circuito de la recompensa y del placer que estimula y motiva conductas naturales de alto significado biológico, como comer, beber, cuidar de un hijo o tener relaciones sexuales.

A mediados de los años 60, investigadores escandinavos desarrollaron métodos neuroquímicos revolucionarios que permitieron identificar este circuito de la recompensa con la vía de dopamina mesotelencefálica que recorre el cerebro profundo, especialmente uniendo la zona tegmental ventral y el núcleo accumbens.

Un par de años después del descubrimiento de la recompensa se pudo demostrar que la capacidad de las drogas de formar hábito deriva justamente de su poder de activar los circuitos cerebrales de la recompensa. Este efecto en los circuitos del placer es el factor farmacológico esencial común a todas las drogas de abuso. La acción de las drogas en estos mecanismos produce el efecto subjetivo que refuerza el consumo, y que el usuario designa como *high* (alto), *rush* (aceleración) o *hit* (“pegarse en la pera”) y el clínico como euforia. Es el estado de elevación máxima, el clímax del placer que provoca la sustancia.

Los estimulantes como la cocaína y la anfetamina actúan directamente en el sistema dopaminérgico, y por ello es tan intenso su efecto conductual. El alcohol, la marihuana, los tranquilizantes, los opiáceos y la nicotina estimulan otros sistemas de transmisión nerviosa que secundariamente modulan el sistema dopaminérgico. Por eso provocan placer, pero no euforia. Ésta es la razón del porqué los jóvenes tienden a beber muy rápido y compulsivamente, ya que facilitan de esta manera la estimulación del circuito del placer y obtienen la euforia que no se alcanza cuando se bebe lentamente.

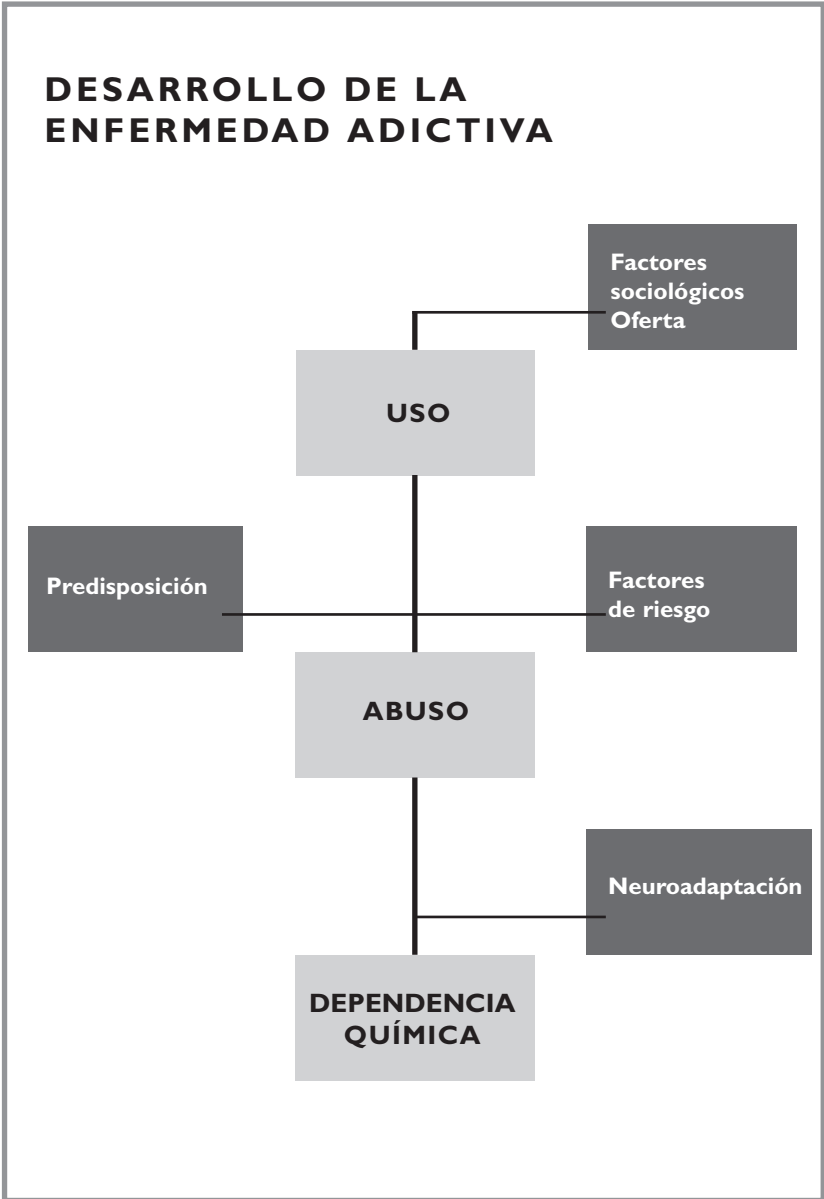
Para tener una visión más completa del efecto de las drogas en

el cerebro es importante conocer las relaciones del circuito del placer con otras estructuras cerebrales. Algunas estructuras neuronales como la amígdala y el hipocampo forman parte del circuito de la recompensa así como también del sistema cerebral de la memoria y del sistema límbico, base neurológica de las emociones. Estas relaciones estrechas explican que el consumidor mantenga un recuerdo emocionalmente tan intenso de sus experiencias con la droga. De hecho, presenta en el adicto un fenómeno muy peculiar que se denomina recuerdo eufórico: la memoria de sus sensaciones placenteras se mantiene indeleble, mientras que borra las experiencias que han significado dolor y sufrimiento.

¿Por qué el adicto toma decisiones tan irracionales como continuar con el uso de la droga, pese al sufrimiento y al daño que le provoca? Esta pregunta ha intrigado desde siempre a quienes estudian el tema. Hoy se está más cerca de tener una respuesta. Las neuronas del circuito del placer están conectadas por redes neuronales dopaminérgicas a la corteza frontal, sitio en el que reside la posibilidad de controlar los impulsos y emociones, inhibirlos y tomar decisiones que sopesan los beneficios y los riesgos de una conducta. Estudios recientes han demostrado que en el consumidor estas redes están interferidas, por lo que sufren una disfunción de su corteza frontal, lo que los lleva a tomar decisiones compulsivas que sobrevaloran el placer, devalúan el riesgo y se ven incapacitados de aprender de sus errores previos^{40, 41}.

40 Bechara, A. y cols. *Decision-making and addiction (Part I): Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences*. *Neuropsychologia* 40 (10): 1675-1689, 2002.

41 Bechara, A. y cols. *Decision-making and addiction (Part II): Myopia for the future or hypersensitivity to reward*. *Neuropsychologia* 40 (10) : 1690-1705, 2002.



Tolerancia y adaptación: el desarrollo de la enfermedad

Todo el drama de la adicción tiene lugar en este circuito del placer.

Las sustancias de abuso constituyen refuerzos conductuales muy potentes. La adquisición del comportamiento de consumo sigue la curva típica de un proceso de aprendizaje. La persona asocia el uso de la sustancia al placer que le reporta, y tiende a extender y asociar su empleo a muchas circunstancias de su vida cotidiana. Si al comienzo amplifica el placer de la diversión, posteriormente descubre que le alivia el aburrimiento e incluso le hace desaparecer sensaciones desagradables como el temor, la angustia, la pena y el desánimo.

Cuando la persona opta por repetir el uso de una droga es que ya se ha producido un cambio en su circuito del placer o recompensa que es irreversible. Este proceso, de naturaleza molecular, se llama neuroadaptación. Consiste en que su cerebro para funcionar normalmente necesita ahora de droga; se ha enfermado, ha desarrollado una dependencia química.

La neuroadaptación que se produce no es específica para la sustancia usada, sino que se extiende a todas las drogas. El hombre o la mujer que ha sufrido este proceso tendrá un consumo descontrolado cada vez que se enfrente a una sustancia adictiva. Esta característica fundamenta el hecho de que los tratamientos de la adicción buscan la abstinencia absoluta y definitiva de toda sustancia adictiva, no sólo de aquella que eligió primeramente el paciente⁴².

42 Para una discusión detallada de los mecanismos neurobiológicos de la adicción, véase el capítulo "Reinforcement and Addictive Disorders" en Nestler, E.J., Hyman, S.E. y Malenka, R.C. *Molecular neuropharmacology. A foundation for clinical neuroscience*. Mc Graw-Hill Companies, 2001.

Síndrome de abstinencia

Si el suministro de la sustancia se interrumpe, el circuito del placer reclama su presencia a través de síntomas que se llaman de abstinencia o privación. Antiguamente estos cuadros se presentaban en forma muy violenta, tal como lo mostró Frank Sinatra en la película *El hombre del brazo de oro*. Encarnaba a un consumidor de heroína que al intentar dejarla no puede controlarse, se retuerce de inquietud y angustia, deben encerrarlo en un cuarto... El episodio era muy común en ese entonces en los servicios de urgencia de los hospitales psiquiátricos, donde por lo general había 4, 5 o 6 pacientes sufriendo *delirium tremens*. Hoy esos síntomas tan intensos prácticamente han desaparecido, porque conseguir alcohol o droga es mucho más fácil y más barato.

Los familiares de consumidores advierten sobre el estado de privación:

—*Se siente con un malestar que él mismo no puede explicar; está inquieto, intranquilo, irritable, todo le molesta, todo le perturba, y entonces en un momento determinado está tan desesperado, que arma una discusión, pega un portazo, se va de la casa y consume.*

El síndrome de abstinencia explica por qué el adicto **formula promesas reiteradamente**. Como reconoce Pedro, el dolor después del consumo llega a ser tan intenso que el dependiente se jura a sí mismo y a los que lo rodean que jamás volverá a probar la droga o el alcohol. Una y mil veces le ocurre lo mismo, asegura que lo puede controlar, que no recaerá. No obstante, cae nuevamente; por eso se tiene la idea de que es un mentiroso. Pero se trata de un comportamiento mucho más complejo. Aquel propósito lo puede mantener hasta que aparece el síndrome de abstinencia. Ese estado tan angustioso, insoportable y peculiar que la persona cree que sólo lo puede superar si consume... Entonces vuelve a caer.

En un comienzo es la búsqueda del placer hedonístico el mecanismo por el cual se repite el uso de la sustancia; pero con el uso crónico se consume para aliviar el síndrome de abstinencia.

La evolución de la adicción es recorrer el camino en que se separa el placer de la enfermedad.

El momento en que se presenta el síndrome de abstinencia varía en cada droga. Con el alcohol el síndrome se da en forma muy intensa los primeros días de privación. Después, el enfermo experimenta un estado arrastrado que va cediendo y disminuyendo con el tiempo. Con la marihuana, en cambio, el mismo síntoma de abstinencia inicial se puede prolongar durante semanas o meses.

En el uso de cocaína está comprobado que el síndrome de abstinencia se manifiesta en forma más intensa durante la segunda semana de dejar su consumo y luego arremete nuevamente en la sexta semana de abstinencia.

El ciclo es muy intenso en el caso de los tranquilizantes; se presenta tardíamente: sólo después de la tercera a la quinta semana. De allí que un período de hospitalización se hace necesario justamente, entre otros objetivos, para proteger al paciente durante esos episodios.

Repercusiones físicas

Las sustancias adictivas son moléculas muy pequeñas que atraviesan con gran facilidad las membranas celulares y ejercen efectos en todo el organismo. Su carácter tóxico no se restringe al sistema nervioso central; además de provocar cambios crónicos de la personalidad y un compromiso progresivo de los rendimientos intelectuales, actúa en otros órganos.

Por ejemplo, el efecto del alcohol sobre el hígado es la cirrosis hepática, que sigue siendo en Chile una de las causas más importantes de muerte. El alcohol, además, facilita cáncer en distintas ubicaciones por donde pasa dentro del cuerpo: en la garganta, la faringe, el hígado, etc.

La marihuana también produce graves patologías pulmonares, tales como bronquitis crónica y enfisema. Actúa en los

tejidos sexuales: en la gónada, que es el ovario de la mujer, y en el testículo en el hombre. Es causa de esterilidad. Por ello, actualmente cuando se estudia a una pareja que no puede tener hijos se investiga si hay consumo de drogas. De hecho, es frecuente encontrar entre las personas en tratamiento por adicción a parejas en que uno o los dos han tenido problemas de fertilidad, y sólo logran un embarazo después del primer año de rehabilitación.

Se ha comprobado que la marihuana puede producir alteraciones menstruales y, en el hombre, síntomas de feminismo. Es decir, un hombre que fuma marihuana puede presentar una obesidad, un aumento de peso que tiene una distribución femenina. Sus mamas pueden crecer e incluso producir un líquido como leche.

La cocaína tiene una intensa capacidad vasoconstrictora y puede producir accidente vascular cerebral o coronario. Altera el ritmo del corazón y la persona puede fallecer de un paro cardíaco.

Dependencia química: una enfermedad primaria

Cuando en el circuito del placer se ha desarrollado neuroadaptación, los clínicos dicen que la persona se ha enfermado y que requiere tratamiento. Los expertos están de acuerdo en una definición muy simple: “Si el uso de alcohol u otras drogas causa cualquier trastorno continuo de la vida personal, social, espiritual o económica, y a pesar de ello no se detiene el consumo, la persona sufre de dependencia química”.

Sin embargo, la certeza de que la adicción sea una enfermedad es una concepción relativamente reciente.

Por muchos años fue considerada “un vicio”; es decir, una conducta repetitiva asentada en un déficit del carácter y la voluntad. Bajo la influencia freudiana se pensó que la adicción era consecuencia de un conflicto profundo y temprano en la vida. Los psiquiatras ayudaban al paciente a descubrir la motivación profunda de su consumo, pero sin interrumpirlo. Lo más habitual era que

el paciente falleciera sin haber encontrado la causa que gatillaba su conducta.

En los años 40, Alcohólicos Anónimos planteó por primera vez la idea de que el alcoholismo constituía una enfermedad primaria asociada al consumo de la sustancia. Recién en 1956 la Asociación Médica Americana (AMA) reconoce oficialmente la dependencia química como una enfermedad primaria. El concepto de primario implica que en tanto se mantenga el consumo, la enfermedad continuará agravándose. Pero solamente en 1980, en la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), el abuso y la dependencia al alcohol y drogas son incluidas como enfermedades autónomas, independientes del trastorno de personalidad.

La dependencia química cumple los dos criterios de enfermedad que exigen los médicos: se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos que permiten su diagnóstico, y si no es tratada tiene una evolución característica.

¿Cómo puedo averiguar si efectivamente mi hijo está consumiendo droga? ¿Es adicto? ¿Su adicción es muy avanzada? Ésas son las preguntas que inquietan a las personas cercanas para definir cómo deben proceder frente al familiar que les preocupa.

Hoy en día, el diagnóstico de dependencia química es tan certero como el de la diabetes o la hipertensión arterial y se alcanza mediante un proceso de evaluación que comprende entrevistas al paciente y su familia, tests psicológicos, exámenes de laboratorio y sofisticados métodos de diagnóstico cerebral por imágenes.

Después de hecho el diagnóstico, la pregunta es qué cabe esperar. En términos médicos, es lo que se llama evolución o historia natural de la enfermedad. Sin tratamiento, pasará por etapas de gravedad creciente, la persona aumentará su sufrimiento e irá sumando nuevas pérdidas. Es una enfermedad potencialmente fatal. Numerosas estadísticas recogidas principalmente en EE.UU. comprueban que quien abusa del alcohol vive en promedio diez a trece años menos que alguien que no consume o lo hace moderadamente. Si además usa droga, su riesgo vital aumenta. En el caso

de las inyectables como la heroína, la mortalidad es cincuenta a cien veces mayor que la población general del mismo rango de edad⁴³.

Tres son las causas de muerte por adicción: los accidentes, las enfermedades producidas o agravadas por el consumo de sustancias adictivas y el suicidio.

Pero hoy día, la medicina, tal como sabe tratar las otras enfermedades crónicas, conoce cómo mejorar la dependencia química. Con una rehabilitación adecuada el paciente tiene una expectativa de vida similar a la población de su edad y se puede desarrollar en forma plena y productiva.

Como Pedro, miles de personas se han recuperado.

43 Hser, Y.I. y cols. *A 33-year follow-up of narcotic addicts*. Archives of General Psychiatry 58 (5): 503–508, 2001.