

droga y alcohol

ENFERMEDAD DE
LOS SENTIMIENTOS

EL MERCURIO
AGUILAR

© 2004, Raúl Schillkrut / Maite Armendáriz

© De esta edición:

2004, **Aguilar Chilena de Ediciones S.A.**

Dr. Aníbal Ariztía 1444, Providencia,
Santiago de Chile.

Empresa El Mercurio S.A.P.

Avda. Santa María 5542, Vitacura,
Santiago de Chile.

- **Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara S.A. de Ediciones**
Beazley 3860, 1437 Buenos Aires, Argentina.
- **Santillana de Ediciones S.A.**
Avda. Arce 2333, entre Rosendo Gutiérrez
y Belisario Salinas, La Paz, Bolivia.
- **Distribuidora y Editora Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara S.A.**
Calle 80 Núm. 10-23, Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- **Santillana S.A.**
Avda. Eloy Alfaro 2277 y 6 de Diciembre, Quito, Ecuador.
- **Santillana Ediciones Generales S.L.**
Torrelaguna 60, 28043 Madrid, España.
- **Santillana Publishing Company Inc.**
2043 N.W. 87 th Avenue, 33172, Miami, Fl., EE.UU.
- **Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara S.A. de C.V.**
Avda. Universidad 767, Colonia del Valle, México D.F. 03100.
- **Santillana S.A.**
Avda. Venezuela N° 276 e/ Mcal. López y España,
Asunción, Paraguay.
- **Santillana S.A.**
Avda. San Felipe 731, Jesús María, Lima, Perú.
- **Ediciones Santillana S.A.**
Constitución 1889, 11800 Montevideo, Uruguay.
- **Editorial Santillana S.A.**
Avda. Rómulo Gallegos, Edif. Zulia 1^{er} piso
Boleíta Nte., 1071, Caracas, Venezuela.

ISBN: 956-239-339-9

Inscripción N° 143.298

Impreso en Chile/Printed in Chile

Primera edición: noviembre de 2004

Segunda edición: abril de 2005

Edición: Jessica Atal

Diseño y Producción: Paula Montero Ward

Portada: Carolina Edwards. *La creación del mundo*, N° 15.
2004. Collage, 23,5 x 31 cm.

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida ni en todo ni en parte, ni registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial.

droga y alcohol

**ENFERMEDAD DE
LOS SENTIMIENTOS**

Raúl Schilkrut / Maite Armendáriz

**EL MERCURIO
AGUILAR**

ÍNDICE

PRÓLOGO, DE AGUSTÍN E. EDWARDS E.	13
INTRODUCCIÓN	17
I. QUÍMICA DE LA ADICCIÓN:	
EL PODER DEL ALCOHOL Y LAS DROGAS	23
La historia de Pedro	25
LA DROGA TOCA LA PUERTA	33
¿Quiénes caen?: el problema de la vulnerabilidad	35
Factores de riesgo	36
Déficit atencional y droga	40
Punto de partida: cómo y con qué	43
Alcohol: la droga legal	43
Tranquilizantes: la adicción silenciosa	48
La marihuana: droga del engaño	51
Cocaína: última estación	58
Anfetaminas: droga de la silueta	64
Anabolizantes: la droga del gimnasio	66
Éxtasis: droga del amor	67

Alucinógenos: el viaje a la psicosis	70
Los opiáceos: tras la indolencia	71
Inhalantes: la aspiración suicida	73
Cigarrillo: la droga social	74
El cerebro adicto: circuito del placer	76
Tolerancia y adaptación: el desarrollo de la enfermedad	80
Síndrome de abstinencia	81
Repercusiones físicas	82
Dependencia química: una enfermedad primaria	83

II. IMPACTO EN LOS AFECTOS:

SÍNDROME EMOCIONAL DE LA ADICCIÓN	87
Rodrigo: “Me estaba autodestruyendo”	89
DE LA EUFORIA AL DOLOR	95
Realidad y capacidad de compromiso	98
Autoestima, identidad, maduración de la personalidad	100
Vínculo y comunicación con el otro	102
Conducta ética	103
Anestesia emocional	104
Mortalmente indolora	106
Desgarro espiritual: vergüenza, angustia, culpa	107
Permanente represión	109
Negación - racionalización - proyección	109
Depresión, paranoia, suicidio	111

III. EL DOLOR FAMILIAR:

LA CODEPENDENCIA	119
Paloma: “La prueba más difícil de mi vida”	121
Juan: “Primero lástima, pero después rabia”	122
VERGÜENZA Y SILENCIO	125
Dolor, angustia e inestabilidad emocional	128
Culpa e impotencia	128
Depresión y hostilidad	129
Tensión emocional y síntomas psicósomáticos	131
Compromiso de la autoestima	132
La codependencia y el curso de la enfermedad	132

IV. PROTAGONISTAS DE UN DRAMA:

ROLES EN LA CODEPENDENCIA	137
“Nunca me di cuenta de que mi hijo consumía”	139
ESCENARIO FAMILIAR	145
El protector–facilitador	146
El controlador–aislador	147
El confrontador–acusador	148
El ausente	149
Perversión del amor: libreto del consumo	149
Intervención - mediación - comunicación	153
Terapia de la codependencia	156
Niños ante el consumo	158
Manejo del niño codependiente	161

Transmisión transgeneracional	162
Codependencia y repercusión social	164
V. REAPARECEN LOS SENTIMIENTOS:	
LA RECUPERACIÓN	167
“Mis papás fueron un apoyo súper importante”	169
ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN	173
Etapas fundamentales	174
Abstinencia e identidad: “Soy enfermo”	176
Reparación de autoimagen	178
Recuperación de capacidades intelectuales y emocionales	180
Reinserción familiar y laboral	182
Enfrentar conflictos sin droga	183
Revivir: un proceso de aprendizaje	185
Avances, detenciones, retrocesos	187
Tendencias regresivas	188
Conflictos en el camino a la mejoría	189
Abordaje múltiple	192
Medicamentos en la rehabilitación	193
Comorbilidad o diagnóstico dual	195
Medidas de protección	198
Efectividad cuantitativa	199
¿Cómo elegir un tratamiento eficaz?	199

VI. CUANDO EL FANTASMA REAPARECE:	
LA RECAÍDA	203
Silvana: “Mi marido estaba deshecho”	205
SIEMPRE ALERTA	211
Qué es la recaída	212
Períodos claves	214
“Detente”	216
Etapas y síntomas	220
Reaparece la negación	222
Consecuencias nefastas	225
Prevención de recaídas	227
Manejo de la recaída	229
VII. CAMINOS DE PREVENCIÓN	231
REINA EL CARRETE, ¿MUEREN LOS SUEÑOS...?	233
Adicción y mejoría	241
Epidemia de drogas: ¿cómo se extiende y se detiene?	242
Estudios y políticas nacionales	244
Comenzar por casa: padres involucrados	247
Bases científicas de la prevención	250
La decisión final	253

PRÓLOGO

Las consecuencias del abuso de drogas afectan a la sociedad entera. Obviamente, el primero que sufre los daños es el dependiente mismo, por la merma de sus capacidades físicas, intelectuales y emocionales. Pero también los sufren sus familiares y amigos, porque son testigos del deterioro del consumidor y porque la dinámica familiar se resiente considerablemente —y, a veces, se destruye la familia misma—. Se calcula que, por cada dependiente, hay cerca de diez cercanos —“codependientes”— que se ven directamente perjudicados.

Pero el daño llega aún más lejos, porque ciertos comportamientos de algunos que abusan de las drogas amenazan a toda la comunidad: en los accidentes de tránsito provocados por el consumo de alcohol y drogas no sólo mueren adictos; cuando éstos se involucran en riñas, dañan la propiedad ajena o roban para conseguir dinero para comprar droga —conductas que no todos, pero sí muchos de ellos realizan—, las repercusiones del consumo abusivo superan con mucho el círculo de familiares y conocidos.

Quienes abastecen al consumidor también provocan daños adicionales a la provisión misma de la droga: donde llega la droga, la violencia no tarda. Así, vemos barrios que se deterioran rápidamente cuando las bandas dedicadas al tráfico se instalan en ellos; vemos vecinos sobre cuyas vidas cae un manto de temor. Progresivamente, todas las redes sociales y de apoyo se debilitan, como resultado de la desconfianza y del miedo imperantes.

El impacto que el abuso de sustancias tiene en la comisión de delitos es una de sus consecuencias sociales más negativas. En esto coinciden ampliamente las fuentes públicas y privadas. Un estudio

de la Fundación Paz Ciudadana sobre homicidios mostró la muy alta prevalencia de alcohol y drogas en víctimas y victimarios de ese delito: 68% y 76%, respectivamente. Asimismo, un estudio de Conace, basado en entrevistas a condenados por robo con violencia e intimidación en las cárceles, mostró que casi el 14% de ellos cometió su primer delito para conseguir dinero para comprar droga, y que más del 50% de ellos se encontraba bajo los efectos del alcohol o las drogas en el momento de cometer el robo por el cual cumplían condena. Son cifras alarmantes, ante las cuales no es posible ignorar el alto costo que la espiral droga-violencia-delinuencia impone a toda la sociedad.

En este contexto, el libro *Droga y alcohol: enfermedad de los sentimientos* tiene el mérito de evidenciar el daño que las drogas provocan, y de explicar por qué, cómo y mediante qué mecanismos se va manifestando ese daño. Al recorrer sus páginas —muchas de ellas crudamente dolorosas—, las historias de vida de los dependientes rehabilitados y sus familiares se entremezclan con la descripción médica y psicológica del fenómeno de la dependencia, creando un contrapunto que permite apreciar, simultáneamente, la cara humana y la descripción científica de este fenómeno. La sencillez del lenguaje utilizado facilita la lectura, pero no reduce la precisión de los conceptos ni la rigurosidad de las fuentes.

Caracterizado el problema, urgen las respuestas. Al respecto, hay dos elementos fundamentales para que una estrategia de drogas resulte efectiva: primero, que ella sea de amplio espectro, esto es, que incorpore balanceadamente elementos de prevención, asistencia de adictos y control; y, segundo, que en su ejecución no sólo participen las entidades de gobierno, sino también la comunidad, por medio de las organizaciones vecinales, las familias, los colegios, las ONG, las iglesias, los medios de comunicación. Como señalan los autores, “un paso decisivo para controlar la epidemia (de drogas) ocurre cuando se capta que una política efectiva de drogas debe comprender un amplio abanico de posibilidades, no sólo de las autoridades, sino de toda la comunidad”.

Como institución de la sociedad civil que se especializa en los

problemas de prevención y control de la delincuencia, la Fundación Paz Ciudadana se ha impuesto el deber de aportar al diseño y aplicación de las mejores herramientas para enfrentar las drogas y reducir los daños asociados a su consumo en nuestro país. Lo anterior, precisamente porque los estudios técnicos confirman que —como se mencionó antes— existe una relación entre droga, violencia y delincuencia. Por eso, en 2003, Paz Ciudadana dio a conocer un estudio sobre las políticas y programas de droga que se aplican en diversos países, y en enero de 2004 presentó un estudio equivalente sobre la realidad nacional. Con ellos, nuestra Fundación ha querido contribuir al análisis técnico de este problema, identificando algunas buenas prácticas extranjeras que ayuden al perfeccionamiento de nuestra estrategia. Paz Ciudadana también se ha dedicado de manera sistemática a la entrega de material informativo a padres, educadores y niños —mediante un vasto programa en torno al personaje Don Graf—, con el objeto de crear conciencia sobre el daño que provoca el abuso de sustancias, y las dramáticas derivaciones personales y sociales que él tiene.

En esa labor, la experiencia nos confirma una y otra vez que hay en la población una gran necesidad de información confiable y de calidad sobre las drogas y sus efectos, particularmente entre los padres de adolescentes. Estamos ciertos de que el acucioso estudio *Droga y alcohol: enfermedad de los sentimientos*, realizado por el psiquiatra Raúl Schilkrut y la periodista Maite Armendáriz, será una obra de valiosa ayuda para todos ellos.

Agustín E. Edwards E.
Presidente
Fundación Paz Ciudadana

INTRODUCCIÓN

Esta obra es un intento de mostrar el mundo interior de la persona en consumo, desde esa intensa emoción que experimenta en sus primeros contactos con la sustancia hasta el vacío y la desesperación del adicto que no ve otra salida que volver a consumir.

La persona que abusa de alcohol o drogas muestra en primer plano una de las conductas más peculiares y enigmáticas del ser humano: el consumo. Incorpora a su organismo sustancias químicas con el propósito de que actúen en su cerebro y modifiquen su estado de ánimo y su nivel de conciencia.

El efecto fundamental de las sustancias adictivas ocurre en el mundo de los sentimientos y de los afectos, y de ahí su capacidad para aniquilar la humanidad del consumidor. La anestesia de las emociones y afectos es el punto de partida de la pérdida del vínculo del consumidor con la realidad, consigo mismo, con su familia, con sus amigos y colegas, con la espiritualidad y los valores éticos. Todas las dimensiones temporales de su vida psíquica -pasado, presente y futuro- son invadidas por el sufrimiento. Su autoimagen se deteriora y debilita. Los rígidos mecanismos de defensa que desarrolla ante el dolor lo alejan progresivamente de la realidad y lo conducen al terreno de la enfermedad mental. Como un juego y sin darse cuenta, transitan de la diversión al sufrimiento y a la enfermedad.

La familia, cuyos nexos afectivos son incondicionales, experimenta un sufrimiento emocional que imita a la perfección lo que ocurre en el mundo interior de su ser querido que se encuentra afectado; es casi como si ellos mismos estuvieran en consumo.

La autoestima de quien consume se deteriora al no poder

controlar el consumo y, del mismo modo, se compromete la del familiar porque no logra controlar a su ser querido. De manera inadvertida y movilizado por su afecto y amor, el familiar “codependiente” adopta roles que favorecen la progresión de la enfermedad. El descubrimiento de la codependencia ha sido un aporte fundamental de la terapia familiar en el diseño de métodos eficientes de rehabilitación. Por su singular importancia, el compromiso de la familia en la adicción es un aspecto en el que nos detendremos en detalle.

La recuperación sigue el camino inverso a la enfermedad. La abstinencia y la terapia permiten que el paciente y su familia recuperen en forma paralela una vida emocional sana y productiva. Prevenir la recaída es fortalecer esta salud emocional y los vínculos de la persona rehabilitada, logros que sólo son posibles con la participación permanente y activa de la familia.

Los temas esbozados se desarrollan en los seis primeros capítulos de este libro. Los problemas de consumo están insertos en una realidad social que intentamos describir en el último capítulo, el que se centra en los problemas de políticas públicas y programas de prevención.

El trabajo aquí expuesto resume la experiencia que he acumulado en casi cuarenta años de trabajo clínico desarrollado como médico psiquiatra junto a mis pacientes y sus familias. En este trayecto fui testigo de la aparición masiva del problema del abuso y adicción al alcohol y drogas. Si en los primeros años de práctica profesional, los médicos de mi generación sólo veían pacientes alcohólicos adultos, en los últimos 20 a 25 años nuestras consultas y políclínicos se han llenado de adolescentes y adultos jóvenes que a edades muy tempranas ya abusan del alcohol y que con frecuencia consumen también marihuana, cocaína y otras drogas.

El desafío que representaba esta nueva patología era inmenso, ya que los métodos terapéuticos tradicionales, tan adecuados para mejorar depresiones, psicosis o trastornos del carácter, no resultaban efectivos. Debí modificar radicalmente mi trabajo como médico psiquiatra; en su lugar, implementé y adapté nuevos modelos

terapéuticos. Con este propósito organicé un equipo multidisciplinario que pudiera emplear una amplia gama de recursos clínicos, cada uno de ellos indispensable para alcanzar la rehabilitación del paciente: psicofármacos, terapia psicológica individual y grupal y terapia familiar.

La educación del paciente y su familia se me reveló como un componente vital en el tratamiento de la adicción. Era necesario que este núcleo comprendiera a cabalidad cómo se origina la enfermedad y cómo sería posible la recuperación.

En la práctica clínica diseñé un seminario educativo de seis sesiones, que se ha ido perfeccionando y enriqueciendo a través de los años. Los pacientes y sus familiares se nutren en dichas sesiones de esa información tan esencial. En este espacio, las familias tienen la posibilidad de compartir con otros que están en la misma situación y evalúan el ciclo educativo como una instancia que les sirvió de apoyo durante todo el tratamiento y, en especial, en los momentos de duda y mayor dificultad. Este seminario ha servido también de base para la formación de muchos médicos psiquiatras y psicólogos en el campo del diagnóstico y rehabilitación de dependencias químicas.

Todo este cúmulo de vivencias y conocimientos ha sido recogido y elaborado en los diferentes capítulos que conforman estas páginas. Hemos tratado de presentar un sólido material clínico y científico, en un lenguaje sencillo y asequible. Se han recogido testimonios de pacientes rehabilitados y de sus familias que encarnan los conceptos analizados en el texto.

Uno de los mecanismos frecuentes por los cuales se extiende la epidemia de drogas es creer que se trata de una condición que no es posible prevenir ni mejorar. Apoyados por evidencias científicas internacionales, hemos querido demostrar que estas aseveraciones son falsas. Muy por el contrario, como nos señala inequívocamente nuestra propia experiencia, programas de prevención y de rehabilitación, asentados sobre los conocimientos científicos actuales en el campo de la neurobiología y de las ciencias del comportamiento, dan excelentes resultados y hoy en día la adicción es una

condición tan tratable y recuperable como la diabetes, la hipertensión u otras enfermedades crónicas.

Nuestra visión es esperanzadora. Cientos de pacientes rehabilitados nos lo comprueban diariamente. El tratamiento que hemos desarrollado ha comprobado ser altamente efectivo, y es por esto que quisiera transmitir al público y a los especialistas la experiencia acumulada en estos largos años a través del contacto con los pacientes adictos. A ellos y a sus familias dedicamos este libro.

Raúl Schilkrut Gewolb
Médico psiquiatra

Durante 1995 entrevisté para Artes y Letras de *El Mercurio* al psiquiatra Raúl Schilkrut. El artículo sobre las adicciones y su impacto en los sentimientos fue agradecido por nuestros lectores. Es un tema que de alguna manera hoy irrumpe el alma de la humanidad. Y si bien todavía cuesta enfrentarlo socialmente, cada vez está gritando con más fuerza al interior de muchos hogares. Basta con urgir un poquito y cada cual tiene a un hermano, al papá, un amigo o una hija con problemas de alcohol y drogas. Y, si aún no lo han vivido, de todas maneras incomoda y angustia el fantasma de que alguien cercano los sufra.

Hace dos años este médico psiquiatra me planteó la idea de escribir un libro en conjunto. Deseaba comunicar en forma sencilla el cúmulo de conocimientos e investigaciones que le ha tocado reunir como experto en tratamientos para la dependencia de alcohol y diversos tipos de droga. Durante meses nos reunimos dos veces por semana. Junto al computador que iba y venía fuimos afinando cada capítulo. Partimos redactando los contenidos que este médico y su equipo desarrollan en cada una de sus charlas que entrega a los pacientes y sus familias en rehabilitación. Incorporamos algunos

testimonios de sus participantes. Al transcribir mis largas entrevistas que sostuve con varias de las personas que ya se han rehabilitado, me convencí de la necesidad de iniciar cada capítulo con una historia real y sobre ella avanzar en cada materia.

Estas páginas revelan el mundo interior de la persona dependiente de alguna sustancia adictiva. Cómo comienza su consumo, por qué de un porcentaje de personas que prueban alcohol y droga, algunos hacen la enfermedad. Lo que ocurre en su relación familiar y laboral; la rabia e incompreensión que despierta, aunque se trata de un enfermo que sufre desgarradamente. Con firme propósito pretende de verdad dejar la droga, pero no puede. No solamente se lo promete a sus seres queridos en reiteradas ocasiones, también se lo dice a sí mismo otras tantas. Sus fracasos se repiten periódicamente, socavando su interioridad y poder de decisión como una dosis inyectada en forma permanente a lo largo de su vida.

Este libro comprueba que el lugar de ataque de la droga y el alcohol son los sentimientos. Explica de qué manera la dependencia química provoca una anestesia emocional. Lo que le ocurre a un padre o a una madre cuando se entera de que su hijo consume droga. Con qué intensidad también se enferma o se vuelven co-adictos la esposa, el marido y los hijos.

Hoy, esta realidad ocurre en muchas familias, de todos los estratos sociales, no necesariamente disgregadas o con grandes conflictos. Lo cierto es que este sufrimiento remece como pocos en la vida. Afortunadamente, con la ayuda profesional adecuada hoy esta enfermedad se puede tratar y, en su lucha, quienes la sufren podrán salir fortalecidos.

Son los mismos que han vivido estos procesos quienes se encargan de demostrarlo. La rehabilitación no es otra cosa que devolverle la posibilidad de elegir a una persona cuyo comportamiento era esclavo de su cerebro enfermo. El libre albedrío es la esencia del ser humano. Este es punto clave de la enfermedad de la adicción y por eso hablamos de la enfermedad de los sentimientos.

Al avanzar en nuestra tesis nos apoyamos en los datos estadísticos e investigaciones, como también en reportajes y artículos de la

prensa que hablan del mundo de la droga, sus efectos, repercusiones y la lucha que implica detener el consumo. Por ello, incorporamos una elocuente radiografía al “carrete” juvenil.

Así como en todo momento sorprende que sin la familia es imposible la rehabilitación, se comprueba el poder preventivo que ejercen los padres, los hermanos, los compañeros de trabajo, de estudio, los amigos y, por cierto, los ideales de lucha, el sentido de la vida.

La prevención por tanto es clave. Si bien está presente a lo largo del libro, al final encaramos la realidad de nuestro país y resumimos las características esenciales de una exitosa política de prevención en los lugares mismos de los hechos. La casa, la escuela y el trabajo.

Tejer estas páginas me ha abierto una gran oportunidad para aprender, madurar y agradecer lo que tengo. Como periodista estoy acostumbrada a trabajar cada semana en un tema diferente. Éste me acompañó muchos meses. Casi lo mismo que dura un tratamiento de adicción. Pero valió la pena. Comprobé lo que la lucha humana puede alcanzar. Valoré la obra de los profesionales que se dedican con alma y cuerpo a hacer bien lo que cada día les toca enfrentar. Agradezco infinitamente la generosidad de quienes me comunicaron su historia. Su recuerdo me significa sobre todo conmiserarme con esas vidas tan llenas de dolor. Intenté traspasar la sabiduría de esa experiencia acumulada. Si al leer este libro, una persona puede sanar o convencerse de esquivar el camino de la droga, entonces ese sufrimiento tendrá un nuevo sentido.

Maite Armendáriz Azcárate
Periodista

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 tajarla 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 nativity*. 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 “ásquerosa”, 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.

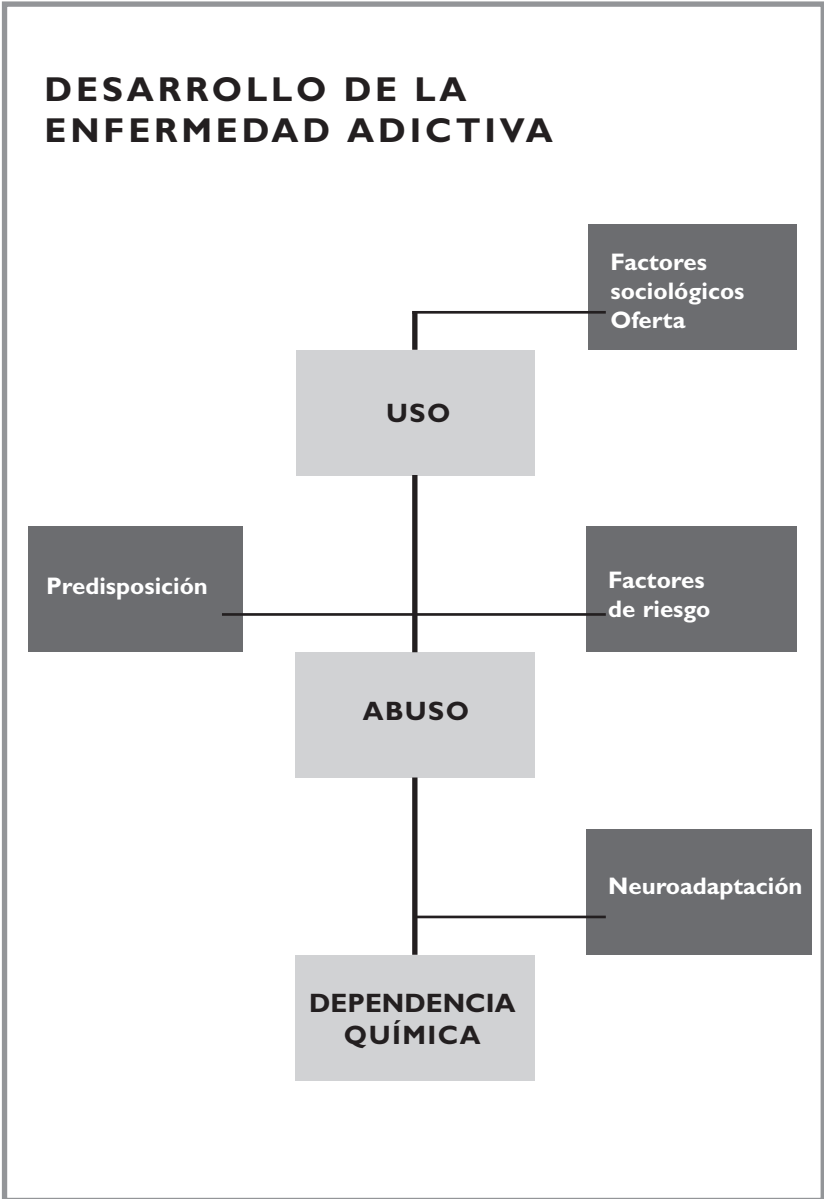
Para tener una visión más completa del efecto de las drogas en

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.

II. IMPACTO EN LOS AFECTOS: SÍNDROME EMOCIONAL DE LA ADICCIÓN

Los sentimientos de un consumidor sufren un proceso de anestesia progresiva y en su lugar se instalan estados anímicos anormales y dolorosos, caracterizados por angustia, vergüenza y culpa. Se deterioran la autoestima y la autoimagen. El dependiente desarrolla mecanismos de defensa como la represión, la negación y la proyección que lo van alejando de la realidad y que no le permiten reconocer la enfermedad y sus consecuencias. En estados avanzados como los expuestos, el alejamiento de la realidad se manifiesta en la forma de síntomas mentales, especialmente depresión, fenómenos paranoideos e ideas y conductas suicidas.

Rodrigo: “Me estaba autodestruyendo”

Rodrigo es hoy un exitoso empresario. Lleva cerca de quince años casado, su hija mayor es ya adolescente. Los menores, una niña y un niño, son mellizos. Todos sonríen y están vestidos de gala. Así quisieron inmortalizarse para esa foto ubicada en la mesa central del gran living. Nadie diría que a pocos metros, en la casa vecina de ese condominio donde hoy vive su madre, hace diez años Rodrigo destruyó por completo todos los enseres tras una de sus acostumbradas “voladas”. Ésta es su historia:

—Consumí droga por primera vez a los 15 años, durante un viaje de intercambio a los Estados Unidos.

Me recuerdo caminando con un grupo de amigos por una línea de tren, cerca de un parque de diversiones; de pronto, el pololo de mi supuesta hermana gringa me ofreció un pito de marihuana. Era algo nuevo para mí. Me involucraron, me dejé llevar, accedí sin pensarlo dos veces.

Estuve seis meses en Norteamérica. Al poco tiempo de llegar fumaba casi todos los días. Empecé a experimentar cosas distintas, colores, sensaciones. Sólo después, en el tratamiento, uno se da cuenta de que es un engaño...

Por otro lado, mi padre ha trabajado muy duro toda su vida, vive de su fábrica y era muy poco lo que compartía con nosotros. No había esa conversación diaria, donde la persona se va haciendo un modelo de lo que puede o no hacer.

Crecí con demasiada libertad. Antes de los 14 años manejaba un auto por mi barrio; me dieron mucho de chico, probablemente faltó lo más importante: que me hubieran hablado. Las cosas sucedieron así; de hecho, mi papá estuvo durante el tratamiento muy cerca de mí. Mi madre también.

Cuando regresé a Chile me encontré con otros amigos, músicos algunos, otros del circuito de la TV y con ellos seguí consumiendo. Cualquier ambiente sin droga me parecía muy aburrido.

A los 18 años me fui de mi casa. El consumo se disparó; empecé a tomar anfetaminas. Enganché, porque provocan un

efecto estimulante; podíamos bailar toda la noche...

Durante los primeros años fumaba marihuana y tomaba “pepas” (estimulantes), pero nada de alcohol. El trago se empezó a presentar después, cuando estaba consumiendo cocaína.

Una vez fuimos a Los Andes y robamos marihuana a unos traficantes. Se armó un tremendo enredo y estuve quince días preso, incomunicado. Al salir de la cárcel me fui de viaje con mi mamá. Después partí nuevamente a vivir a Estados Unidos.

Mis papás sabían... No me enfrentaban porque era muy duro para ellos.

En EE.UU. estuve bien dos años. Durante el tercero volví a decaer y decaer, hasta que me vine. Dejé la universidad. Me sentí muy solo. Al regresar conocí la cocaína. No me duró mucho más el carrete.

Durante años consumí cualquier cantidad. Agarraba la jeringa y me inyectaba. Ya estaba casado. Pero me iba de la casa, me volvía loco, podría haber muerto en algún lado, botado. Solía acudir a la población La Legua a jalar con traficantes que tenían la pistola en el cinto.

Es un mundo penoso. Hay gente que sufre mucho. No tienen ni para comer y se lo gastan todo en consumir. Es un antro delictual que tiene bastante que ver con el machismo. Son personas que se han quedado en esa época de secundaria, en que todos los jóvenes quieren ser como el que más pega en el curso. Ése es el ambiente del traficante, con vivencias muy primarias de lo que es la vida, donde sólo vale: “Yo soy el más fuerte, tengo la mejor coca”. Es intimidante.

Al cabo de un tiempo de consumir coca empecé a sentirme mal, angustiado, perseguido, encerrado, paranoico, mala onda... En los últimos meses quise parar. Durante semanas no accedí a salir de mi pieza porque sabía que volvería a consumir. Creí que iba a controlar esto solo.

Entre muchos otros episodios, terminé viviendo de nuevo con mis papás. Mi señora me siguió para todas partes; incluso ella consumió conmigo. También se trató su adicción.

Un día me desperté y tomé un par de tragos en ayunas. Dejé la crema. Hice pedazos la casa. Rompí los vidrios, todos los artefactos, la televisión... Golpeé a mi mujer, y si tengo una pistola, la mato. Me

volví loco. (Ahora trato de entender... Lo hice sin razón, por rabia, no me lo explico.)

Cuando amaneció y empecé a acordarme de lo que había hecho, fui donde mi mamá y le dije: "Vamos al tratamiento". Quizás ella lo tenía preparado, algo me había comentado.

Ingresé totalmente entregado. En compañía de mi esposa, le conté todo al doctor. Mi tratamiento duró dos años y medio.

Había tocado fondo.

Mientras uno lo está pasando bien con la droga es muy difícil percibir que se está en problemas. Durante todos esos años me inyecté varias veces cocaína, anfetamina. Ya nada resultaba suficiente, fue a todo reventar... Era tanta la indolencia, que tuve como un año los pies dormidos; me los pinchaba y no sentía nada. No me quería ni a mí mismo. Me estaba autodestruyendo.

Me mandaron al otorrino. Caí en la cuenta de que por inhalar droga de esa manera me provoqué un hoyo en la nariz de lado a lado, casi no tengo tabique... Cada vez que voy al médico me preguntan y debo dar la explicación. Con el tiempo he ido superando esta cuestión del anonimato. Donde me muevo, todos saben que hace ocho años que no tomo.

He superado la vergüenza, porque lo que hoy tengo es tan sólido. En la otra vida nunca logré nada, tuve chispazos de ganas de hacer cosas, pero la droga te impide transitar un camino metódico para alcanzar una meta, siempre toma otra bifurcación y terminas en otros lados.

Sin embargo, después del tratamiento las he logrado. Primero las personales: dejé de consumir.

Me costó mucho sufrimiento. Porque cuando dejas de consumir, experimentas una existencia plana; imagínate un año que no sientas ni una emoción, ni de risa, ni de pena, ni de nada... Pero qué monótono es vivir, dice uno. Me quería morir porque no concebía una vida sin droga. A pesar de estar en tratamiento e intentar entender...

Al comienzo debí internarme en una clínica. Y como ya se los advierto a tantos que he ayudado, la primera semana van a estar bien; la segunda van a alegar; la tercera ya no les gusta el lugar; después, que la comida es mala; a la quinta estarán convencidos de que ya se

sanaron, y a los dos meses tendrán unas ganas de consumir, que llorarán a sus familiares para que los saquen.

Recaí dos veces, primero al año y después a los dos. La primera vez engañé a mi chaperón (estuve viviendo en mi casa un año y seis meses con la compañía de un auxiliar) y lo llevé a un lugar. Supuestamente era para ver un nuevo modelo de auto; entré a esa casa, me fumé un pito y salí. Me moría de ganas de fumármelo.

Me acuerdo que en ese tiempo ya había vuelto a manejar y andaba mirando de qué edificio me iba a tirar. La idea me daba vueltas todo el día. Quería morir, pero me preguntaba cómo iba a enterrar también a mi esposa en la droga, sabía que la dejaría en un hoyo; me aterraba no poder nunca más salir con ella, o retirme o bailar juntos. Esta cuestión es peor que la muerte de un hijo, es terrible.

Cuando se acercaba el fin del tratamiento, volví a recaer. Me encontré con una niña que conocía y terminé fumando pasta base. Algo que nunca había probado.

Lo pagué caro. Sufrí demasiado. Tenía un miedo terrible a que me descubrieran. Estaba tan cerca de lograr la meta... Producto de esa acción mi tratamiento se alargó seis meses. Pero ése fue mi click. “La cagué”, me dije. Les fallé a mi papá, a mi señora, a todos.

Era enero y me fui de vacaciones; pasé 45 días en el lago Rapel (qué más fome). Al regresar, empecé a hablar, dije que me sentía mal, interpele a mis compañeros de terapia: “¿Por qué dices que estás bien si yo te veo mal?”.

Argumenté, reconocí mi estado, empecé a sincerarme. Los pacientes siempre tratamos de agradar, de dar a los terapeutas lo que ellos quieren escuchar. Es el eterno juego para querer salir lo antes posible: “No, yo no me siento mal”, aunque me esté muriendo.

Logré levantarme temprano, ya iba a trabajar en ese tiempo. Durante el tratamiento dormía unas 15, 16 horas diarias o más. Entre-medio me quitaron los medicamentos, pero seguí durmiendo como cuatro veces más.

Me dieron de alta a los dos años y medio. Vine a experimentar mi mejoría como a los dos de haber salido. Ahí me empecé a sentir

conforme, alegre. Ahora me despierto en la mañana con ganas, hago ejercicio, corro, me siento feliz.

Una cosa es dejar de consumir, pero la mejoría es gradual, viene de adentro, de los sentimientos, de cómo uno experimenta la vida. Por ejemplo, yo siempre he querido a mis padres, a mi esposa... pero antes yo no lo sentía mucho. La droga te hace pedazos los sentimientos, no vibras con nada.

Cuando nacieron mis hijos menores, tuvimos que tenerlos in vitro, me preocupé por ellos, encontré bonitas las guaguas, pero los recibí como algo no muy cercano. Han ido pasando los años y voy sintiendo cada vez más amor, me emociono cuando los veo... Lo mismo me ocurre con mi hija mayor.

Todo lo que me rodea, mi casa, mi fábrica, me lo he ganado a pulso. He realizado cosas maravillosas en lo laboral, maquinarias que jamás se habían construido en Chile. Me fascina mi trabajo, mis clientes me aprecian mucho. A medida que el tiempo me ha ido alejando del consumo, del tratamiento y de todo, mejor me he ido sintiendo. Yo creo que la recuperación es que puedas vibrar. Abrazar a tu madre. Apasionarse con los afectos.

Sin familia no resulta la rehabilitación. Entré a tratamiento, al igual que todos, por los demás. Por uno, ojalá que nunca dejaras de consumir, pero habían confiado en mí. Primero le tenía que deber a alguien estar sano.

Sin embargo, el deseo por consumir siempre está latente, solapado. Aunque me asegure de que se acabó la opción por la droga. Creo que es más posible volver al consumo por el alcohol. Lo otro peligroso en mi caso son las aventuras extramaritales. Yo tenía muy asociado el sexo con la droga, iban de la mano. En esos dieciséis años nunca me acosté con alguien sin haber consumido droga. Por eso después me sentía muy mal haciéndolo con mi mujer. Tuve que empezar a descubrir qué es normal en una relación. Me costó años superarlo. Ahora mi vida sexual es más plena y gratificante que cuando consumía.

Con mi esposa lo pasamos súper bien, porque el amor no desapareció con la droga; se va a una parte muy lejana donde uno no lo percibe. Nos faltaba hablarlo. El hecho de conversar las cosas hace que

ya no te molesten, están ahí, debajo de una piscina, pero ya no enturbian el agua. Te da la tranquilidad de aceptar. Quizás cuando uno quiere es más vulnerable, te abres con tus seres queridos y puedes experimentar. Antes no podía. Con droga nunca habría logrado la comunicación que ahora tengo con ellos. Tuve que tener un saneamiento interno, y ocupar parte de mi cerebro que no había ocupado antes.

Mi vida familiar se ha compuesto en estos últimos años de manera increíble. Las terapias familiares ayudan a la relación. En mi casa nunca se hablaban las cosas. Yo era un drogadicto a full y nadie me decía nada. Llegaba completamente volado y nadie me enfrentaba. Como que había miedo. Ésa es la codependencia. Tienen miedo a que uno se vaya y miedo a aceptar: "Sí, tengo un hijo drogadicto de 28 años y está en los límites de la muerte".

Durante mi consumo de droga vivía en una jungla, donde cualquier cosa me hubiera pasado. Para salir de ahí tuve que transitar descalzo un camino lleno de piedras. Fue muy doloroso. Cuando me mejoré llegué a una carretera y llevo más de ocho años andando bien. He logrado todo lo que me he propuesto. En el camino he ido recobrando mis sentimientos, el amor por mí mismo y los demás. He vuelto a sentir cariño entrañable por mi esposa, mis hijos. Y en mi trabajo he conseguido cosas que jamás hubiera pensado. Creo que por mi persistencia y por aprender a ocupar todas las herramientas que me dieron durante el tratamiento. Aprendí a decir lo que siento y me pasa. Al aceptar esa realidad, uno se va liberando y dando el tiempo y la tranquilidad para lograr lo que realmente quieres.

DE LA EUFORIA AL DOLOR

- ¿Por qué bebes? —le preguntó el Principito.
—Para olvidar —respondió el bebedor.
—¿Para olvidar qué? —inquirió el Principito, que ya lo compadecía.
—Para olvidar que me da vergüenza —confesó el bebedor, bajando la cabeza.
—¿Vergüenza de qué? —se informó el Principito, que deseaba socorrerlo.
—¡Vergüenza de beber! —concluyó el bebedor, encerrándose definitivamente en el silencio.
(*El Principito*, de Antoine de Saint-Exupéry)

Cuando se describe el efecto de una droga o de un medicamento se busca precisar su sitio de acción. La droga ataca directamente a los sentimientos, las emociones, los afectos; éste es su efecto fundamental. Rodrigo lo explica bien. El consumo impactó en sus emociones.

La imagen que se tiene de un consumidor es la de un ser que lo está pasando muy bien a expensas de la familia y que en su vida abundan la farra, el jolgorio y las fiestas. La verdad es otra. Paralelamente al consumo se va desarrollando en él un compromiso emocional masivo. Se trata de una persona que acumula agobiantes dolores personales y que no pocas veces roza la muerte.

Al comienzo, la droga y el alcohol producen más bien estados eufóricos, pero después su influencia cambia radicalmente. Rodrigo reconoce:

—*Durante dos años consumí cualquier cantidad. Agarraba la jeringa y me inyectaba. Ya estaba casado. Pero me iba de la casa, me volvía loco, podría haber muerto en cualquier lado, botado...*

Al cabo de un tiempo de consumir coca empecé a sentirme mal, angustiado, perseguido, encerrado, paranoico, mala onda... En los

últimos meses quise parar. Durante semanas no accedí a salir de mi pieza porque sabía que volvería a consumir.

Tanto o más importante que la cantidad o el tiempo que una persona bebe alcohol o toma pastillas, fuma marihuana o inhala cocaína es que ese consumo le va provocando una verdadera anestesia de los sentimientos. Lo compromete por la vía química, en tanto todas las sustancias adictivas tienen propiedades anestésicas y, por otro lado, le produce un deterioro psicológico de envergadura. Estos fenómenos propios de quienes sufren de esta enfermedad tan compleja es lo que explica los conflictos familiares que suelen tener; lo mal que se sienten y las contradicciones éticas en las que caen. Por ello, gran parte del tratamiento se destina a recuperar su autoestima y en general su capacidad de volver a vibrar, amar, de reconocer el bien y el mal.

La teoría actual de la enfermedad considera que este síndrome emocional, descrito por primera vez por Vernon Johnson¹, y la co-dependencia, que analizaremos en los capítulos siguientes, son tan importantes como el consumo, la conducta más visible de la enfermedad.

FUNCIÓN DE LOS SENTIMIENTOS

Orientación en la realidad
Motivación y compromiso

Autoestima - Autoimagen
Maduración de la personalidad

Vínculo, compromiso y
comunicación con el otro

Valores morales y conductas éticas

¿En qué radica el poder de las emociones?

La emoción es la respuesta, tanto psicológica como física, que experimenta el ser humano frente a determinados sucesos que ocurren en el exterior de nosotros o ante ciertas representaciones, recuerdos o fantasías que nacen en nuestro interior. Los afectos y emociones son el puente entre lo físico y lo psicológico, entre el cuerpo y la mente. Constituyen la forma de relación entre la persona y el mundo que la rodea.

Las emociones y los afectos se han constituido en un tema central de la psicología contemporánea, e incluso se ha postulado la existencia de una inteligencia emocional. Daniel Goleman, en su conocido libro *La inteligencia emocional*, explica que la capacidad intelectual, lo que la psicología mide como el CI, está lejos de asegurar el éxito de una persona. En cambio, aquellas capacidades que tienen que ver con su vida emocional, como identificar y expresar adecuadamente sus emociones, empatizar con los sentimientos del otro, perseverar ante las dificultades y crisis, resultan relevantes para predecir el grado de desarrollo a lo largo de su historia².

El ser humano es el conjunto de sus relaciones. Cada uno se relaciona con su realidad exterior, consigo mismo, con el otro, con el mundo de la trascendencia y los valores.

La droga, al privar a la persona de la vida de sus sentimientos, compromete todas estas dimensiones. Por ello, cuando se dice que la droga “destruye” no se está planteando una metáfora, sino una realidad. Privado de sus emociones, el consumidor va perdiendo estas relaciones y, por consecuencia, destruyendo su humanidad³.

1 Johnson, V. E. *I'll quit tomorrow. A practical guide to alcoholism treatment*. Harper-Collins Publishers, New York, 1980.

2 Goleman, D. *La inteligencia emocional: por qué es más importante que el cociente intelectual*. Javier Vergara Editor, 1986.

3 Una excelente descripción del significado de las emociones y afectos en el desarrollo de la personalidad y en el funcionamiento cotidiano se encuentra en Kernberg, O. *Los afectos como puente entre lo psíquico y lo biológico*, en Riquelme, R. y Oxsenberg, A. (editores). *Trastornos de personalidad*. Ediciones Sociedad Chilena de Salud Mental, 2003.

La madre de un adolescente con dependencia explica:

—Al verlo así tan mal mi niño parecía un viejo, hablaba y se movía con dificultad, no se comunicaba, se le caían las cosas de las manos, sentía que su alma estaba rota.

Veamos en detalle cómo se van produciendo estas pérdidas en el consumidor.

Realidad y capacidad de compromiso

Hoy se sabe perfectamente que la orientación en la realidad es una función primariamente emocional y que, en un segundo momento, la transformamos en un concepto intelectual. Por ejemplo, cuando llegamos a una ciudad que no conocemos y empezamos a caminar por una calle y de repente nos perdemos, comenzamos a sentir que tenemos el pecho y el estómago un poco apretados, transpiramos, podemos tener alguna palpitación. Miramos a todos lados, nos volvemos desconfiados, nos asedian fantasías angustiosas. Este sentimiento que denominamos angustia o miedo, nos permite darnos cuenta que nos acecha un peligro. Caminamos rápidamente hasta que encontramos otra vez la calle principal que está iluminada, con mucha gente, policías, comercio. En ese instante experimentamos exactamente lo contrario. Nos tranquilizamos, desaparecen esas sensaciones del cuerpo tan molestas y nuevamente nos sentimos distendidos y listos para descubrir las novedades de esta ciudad. Hemos vuelto a sentir relajación y serenidad, lo que nos indica que nos encontramos en una situación segura.

Con droga en el cuerpo, las sensaciones reales se van haciendo imperceptibles y esto explica la tranquilidad con que se mueve un dependiente en lugares a los que ni la policía se atreve a ingresar. Así lo recuerda Rodrigo:

—Una vez fuimos a Los Andes y robamos marihuana a unos traficantes. Se armó un tremendo enredo y estuve quince días preso, incomunicado.

—*Solía acudir a la población La Legua a jalar con traficantes que tenían la pistola en el cinto.*

Al no captar emocionalmente la realidad, el comportamiento del adicto se va alejando de lo habitual, de lo socialmente consensuado y, en etapas avanzadas, su conducta llega a ser desorganizada y bizarra.

Pero el hombre no solamente se orienta frente a la realidad, sino que actúa y la modifica, se propone proyectos, mira hacia el futuro; en términos psicológicos, tiene motivaciones.

Los afectos están íntimamente entrelazados con la motivación: en la medida en que la persona se une afectivamente con un objetivo, lo desea, se pone en movimiento para alcanzarlo y supera las dificultades y problemas que inevitablemente se interpondrán con la meta a la que aspira. Se compromete con su objetivo. Es el caso de un deportista que sufre un largo período de lesión, de un empresario que fracasa en sus primeros intentos, de un alumno universitario que no aprueba algún examen difícil y que pese a ello finalmente superan el récord, crean una empresa exitosa, reciben el título que anhelaban.

En una primera etapa el usuario de droga se vuelve inconstante, no persevera en sus objetivos. El consumidor, como Pedro o Rodrigo, cambia de carreras argumentando que no es su vocación. Va perdiendo interés en lo que siempre le había gustado, abandona sus hobbies y deportes, y en etapas avanzadas, privado de iniciativa, pasa largas horas echado en cama mirando televisión, durmiendo hasta muy tarde; deja de ir a clases, llega atrasado o falta a su trabajo.

En ese momento, se mueve sólo por intereses concretos e inmediatos y carece de un proyecto de futuro.

—*He superado la vergüenza* —asegura Rodrigo—, *porque lo que hoy tengo es tan sólido. En la otra vida nunca logré nada, tuve chispazos de ganas de hacer cosas, pero la droga te impide transitar un camino metódico para alcanzar una meta, siempre toma otra bifurcación y terminas en otros lados.*

Autoestima, identidad, maduración de la personalidad

Tal como la persona se relaciona con el mundo externo lo hace consigo misma, y así construye su autoimagen y autoestima. El concepto de autoimagen encuentra su fuente en el texto bíblico que recuerda que el hombre es creado a imagen y semejanza de Dios, y es allí donde radican su valor y dignidad.

La autoimagen se desarrolla en base a los sentimientos positivos o negativos que el ser humano va experimentando en su relación con el otro. Desde el comienzo de la vida se experimentan afectos positivos y negativos que se archivan en la memoria. En la primera edad naturalmente es básica la relación con la madre como fuente de experiencias emocionales, pero también el niño registra la respuesta del padre y de quienes le rodean y son eco de sus expresiones afectivas. Un recién nacido empieza a sonreír socialmente como a los dos meses. Y será muy distinto si los padres, los abuelos, la gente cercana, le responden de la misma manera o si no recibe esos estímulos.

La vida escolar también ofrece abundantes experiencias con contenido emocional que participan en la formación de la autoimagen.

Con la maduración se integran todas estas experiencias positivas y negativas, y el joven tiene la posibilidad de consolidar una imagen equilibrada de sí mismo y de los demás, haciéndose cargo de sus potencialidades y de sus limitaciones. Esta imagen integrada es lo que constituye la identidad, el núcleo más íntimo y específico de la personalidad.

La autoimagen es un concepto dinámico; a lo largo de toda la vida nuevas experiencias la deterioran o reparan. Vamos construyendo en nuestro interior una verdadera radiografía psicológica que evalúa cada aspecto de nuestro físico, de nuestras capacidades y características. Esta imagen interior no necesariamente coincide con la visión más objetiva, de acuerdo a cómo los otros nos ven. Una mujer puede sentirse gorda, pese a que los demás la encuentren atractiva. Un hombre puede juzgar su personalidad

como poco agradable, aunque su círculo opine que es simpático. Sin embargo, el comportamiento personal responde a nuestra propia percepción, más que al juicio objetivo de los demás.

Algunas de las enfermedades psicológicas más frecuentes de nuestra época corresponden a alteraciones de la autoimagen. En la anorexia, por ejemplo, la muchacha frente al espejo se ve con sobrepeso a pesar de que está en los huesos. Por ello continúa restringiendo su dieta y tomando anorexígenos.

Al acumular experiencias emocionales negativas, el consumidor de droga va deteriorando su autoimagen. Cuando los familiares de pacientes que sufren de dependencia química se acercan por primera vez al tratamiento, suelen expresar el siguiente relato:

—Esta persona, doctor, tiene un problema con el alcohol o con las drogas, pero yo le diría que más grave que eso es que no se quiere; presenta una pésima autoestima, no se tiene ninguna seguridad o confianza. No se atreve a someterse a exigencias, ante cualquier opción entra como derrotado o se arranca...

La pérdida de autoestima se traduce en que el ser humano carece de seguridad, rehúye nuevos desafíos, no se cuida y, en estados avanzados, puede incluso despreocuparse de su presentación y aseo personal.

Si la persona comienza a consumir de niño o muy joven, no alcanza a formar su identidad: no sabe qué desea de la vida, su motivación es escasa, vive confundido, le cuesta comprometerse en relaciones íntimas, o con el estudio y el trabajo.

Uno de los efectos más destructivos de la droga es la inhibición en el desarrollo de la personalidad⁴.

La maduración de la personalidad es un proceso en el que

4 Una descripción aguda del cambio de personalidad en el curso de la adicción se encuentra en Nakken, C. *Addictive personality: understanding the addiction process and compulsive behavior*. Hazelden Publishing and Educational Services, 1997.
Una comprensión en profundidad acerca del patrón de pensamiento patológico que se establece en el adicto es la de Twerski, A.J. *Addictive thinking: understanding self-deception*. Hazelden Publishing and Educational Services, 1997.

el joven necesita vivir experiencias en lucidez para formar su identidad y personalidad, adquirir confianza y seguridad en sí mismo. Acercarse al otro sexo e iniciar sus primeros pololeos y superar dificultades académicas son algunas de las instancias a través de las cuales madura. Si estas situaciones difíciles para todos, el adolescente las lleva a cabo bajo el efecto de alcohol o drogas, no adquiere confianza en sí mismo, sino en las sustancias químicas que él cree que le ayudaron.

Además, la maduración requiere de modelos adecuados, personas a las que imitar, como sus padres, hermanos mayores, profesores, amigos sanos y exitosos. De ellos aprende la relación interpersonal y los valores éticos que ordenarán su vida. Pero el consumidor tiene como modelos a sus compañeros de consumo, que están tan complicados y limitados como él mismo.

La experiencia clínica indica que el paciente detiene su maduración en el momento en que inició su consumo; por ello la terapia psicológica durante la rehabilitación apunta a que el adicto, en abstinencia, pueda reanudar el proceso de maduración que será esencial para que recupere su autoestima y se inserte exitosamente en la vida familiar y en sus ocupaciones.

Vínculo y comunicación con el otro

Los sentimientos positivos son un puente que permiten vincularse con el otro, ya que uno se relaciona con aquel que emocionalmente le importa. Si las emociones se enferman, se pierde la capacidad de establecer lazos interpersonales. Es lo que se observa con el uso de la droga. La persona que consume se vuelve apática e indiferente. Rodrigo asegura:

—Cuando nacieron mis hijos menores tuvimos que tenerlos in vitro, me preocupé por ellos, encontré bonitas las guaguas, pero los recibí como algo no muy cercano. Han ido pasando los años y voy sintiendo cada vez más amor, me emociono cuando los veo... Lo mismo me ocurre con mi hija mayor.

El dependiente se aísla, pierde contacto con sus seres más próximos, se separa de su familia. A veces ese distanciamiento es de horario; cuando los otros se están acostando, él se levanta y viceversa. Puede ser que no se presentó para el cumpleaños del papá o llegó atrasado para la Navidad o no estuvo para el Año Nuevo...

—Se pierde por algún tiempo —contaba un hermano— y si uno no lo llama, no sabe de él y lo notamos cada vez más lejano, cada vez más distante, cada vez menos metido en los problemas que son propios de la familia. Presenta comportamientos que, de acuerdo a su formación, no tendrían por qué haberse esperado de él.

El vínculo se muestra en todo su significado en la relación de pareja, pero también es fundamental en las relaciones familiares, amistades y vida social. De la misma manera, la capacidad de vínculo y comunicación es un componente básico en el trabajo en equipo, y es por eso que el consumidor es una persona que tiende a crear un mal clima laboral a su alrededor. Un compañero de trabajo lo describe de esta forma:

—De pronto se pone a gritar en una comida, es inadecuado con sus clientes, llama a su jefe a las cuatro de la mañana para explicarle por qué durante el último tiempo ha estado trabajando mal.

Conducta ética

Las emociones se relacionan también con el mundo de los valores. Cada cual experimenta ante sus pares determinados sentimientos, afectos y emociones que lo hacen actuar de una manera ética, de acuerdo a como le enseñaron en su hogar, en el colegio y en sintonía con su religión o creencias más íntimas. La persona ha sido educada sobre ciertos principios de la conducta ética, y conoce además las sanciones sociales y legales a las que se expone si no cumple algunas de ellas. Sin embargo, para transformar estos conocimientos en acciones se requiere la capacidad de empatía con el otro. Así quedó demostrado en una reciente investigación en la que se emplearon modernos métodos de neuroimagen: a un

grupo de voluntarios se le presentaron problemas de orden intelectual y otros de orden ético como, por ejemplo, elegir entre dos conductas, una que implicaba un esfuerzo de altruismo y otra sólo de satisfacción personal. Los exámenes de imágenes cerebrales demostraron que mientras las personas resolvían problemas intelectuales se ponían en funcionamiento circuitos propios del pensamiento lineal y racional. En cambio, ante los dilemas éticos se activaba el sistema cerebral límbico de las emociones⁵.

No respetar la verdad es una parte constituyente del consumo. La adicción, necesariamente, es una conducta que lleva a la mentira. Pedro “perfeccionó la técnica”, asegura. Con frecuencia se agregan otros tipos de conductas negativas, como robar, promiscuidad sexual, infidelidad, actos de violencia. Y ello se da en todos los estratos sociales. Tal vez en el barrio alto de forma más solapada.

—Ha tenido conductas que no tienen que ver con lo que nosotros hemos tratado de inculcar —aseguraba un padre—. Se ha puesto mentiroso, su vida no es transparente, ha sacado dinero, empeñó recuerdos familiares, vende cosas que se le han regalado.

Anestesia emocional

El punto de ataque fundamental de la droga es la vida de los sentimientos. Más que la destrucción de neuronas, a la persona comienza a invadirla lo que se llama una anestesia emocional. Gradualmente va perdiendo la capacidad normal de sentir. Y cuando llega a un estado muy avanzado, ello se refleja en forma brutal. Así lo recuerda un terapeuta:

—Muchas veces en la clínica vemos a pacientes que prácticamente hasta para caminar han perdido la postura normal de un ser humano;

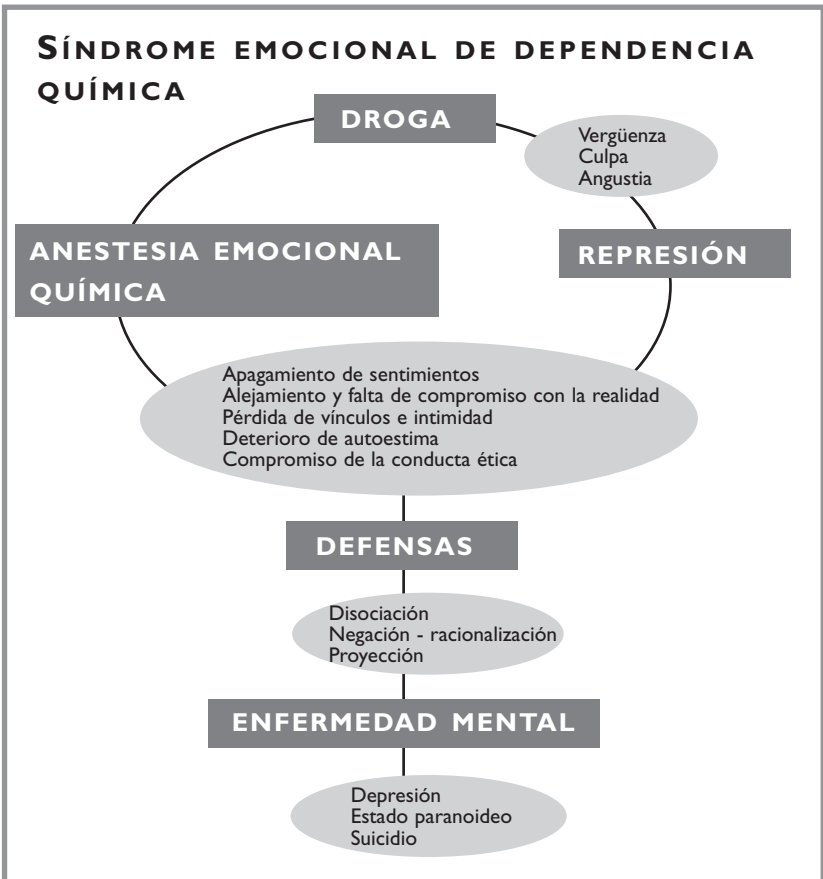
5 Greene, J. D. y cols. *An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment*. Science 293: 2105–2108, 2001.

comen con las manos... Lo que ha ocurrido es que se han enfermado de los sentimientos.

Como lo comprobamos en Pedro y Rodrigo, ellos no sintieron las claras huellas de deterioro físico que la droga les provocaba.

—Pero si era tanta la indolencia —asegura Rodrigo—, que tuve como un año los pies dormidos; me los pinchaba y no sentía nada. No me quería ni a mí mismo. Me estaba autodestruyendo.

La anestesia emocional por la droga ocurre a través de dos mecanismos poderosos que se potencian, uno químico y otro psicológico o emocional.



Mortalmente indolora

Las drogas actúan en forma química, comprometen el sistema límbico, estructura cerebral en la que reside la vida emocional. Por ello todas las sustancias adictivas tienen capacidades anestésicas —partiendo por la morfina, el más poderoso de los analgésicos—, suprimen el dolor y también las emociones.

El alcohol es un comprobado analgésico. Tal como en las antiguas películas de *cowboys* cuando había que sacarle una bala al jovencito le daban *whisky*, los accidentes que ocurren bajo efectos del alcohol son indoloros para quien los experimenta. Es llamativo en los servicios de urgencia donde estos pacientes ingresan haciendo chistes, aunque vengan acuchillados o con múltiples fracturas después de un choque automovilístico.

Por su parte, los cirujanos diagnostican el abdomen alcohólico. Se da en quien consume habitualmente alcohol y desarrolla, por ejemplo, una apendicitis; pero como no siente dolor, el cuadro tiende a progresar y llega a un grado de peritonitis que no se ve en otras condiciones.

La cocaína fue introducida en la medicina como anestésico local. Se utilizó en las primeras operaciones oculares efectuadas a comienzos del siglo XX. De hecho, cuando un consumidor quiere saber cuál es el grado de pureza de la sustancia se coloca el polvo en la lengua a ver si se le duerme.

Asimismo, existen benzodiazepinas inyectables con las cuales se puede operar y efectuar procedimientos, y el paciente no siente ninguna molestia e incluso después ni se acuerda del tipo de intervención al que se le sometió.

La marihuana también anestesia algunos reflejos, como el del vómito, lo que ha llevado a postular su eventual utilidad terapéutica como antiemético en quimioterapia.

Al constatar que las drogas son capaces de apagar sensaciones tan intensas como el dolor físico, se visualiza de qué manera logran entonces inhibir de una plumada sentimientos muchos más sutiles como los propios del dolor emocional.

Desgarro espiritual: vergüenza, angustia, culpa

Todo ser humano tiene una imagen acerca de cómo quisiera comportarse. Su conducta durante el consumo obviamente no es a la que aspira, por lo que se establece un desagrado con ese comportamiento. Esta distancia entre la conducta que se quiere tener y la que realmente se protagoniza es el conflicto caracterológico, punto de partida del síndrome emocional asociado al consumo.

Así como la vida física se desarrolla en el espacio, la vida emocional se desarrolla en la temporalidad. En ese terreno, el consumidor, a consecuencia de su conflicto, comienza a experimentar dolor emocional, bajo la forma de **vergüenza, culpa o angustia**⁶.

El sentimiento negativo referido al presente es la vergüenza; es decir, sentirse inadecuado o inapropiado frente a una situación o una persona. Al niño le da vergüenza saludar a un grupo de gente mayor, o un adulto que llega vestido en forma informal a una fiesta se avergüenza al percatarse de que todos los demás usan traje de etiqueta.

Quien consume sustancias adictivas tiene muchos motivos para experimentar ese dolor emocional desagradable y extraordinariamente intenso que nace cuando uno se considera insuficiente o incapaz de enfrentar una situación actual y opta más bien por retraerse. Eso le ocurre en el presente.

La culpa es aquel sentimiento negativo expresado hacia el pasado y que tiene que ver con los remordimientos que sentimos por lo que hicimos inadecuadamente o lo que dejamos de hacer.

Naturalmente, el sujeto adicto va sintiendo mucha culpa porque acumula circunstancias en las que no actuó bien. En el

6 Para una revisión detallada del rol de la vergüenza y de la culpa en la adicción, incluyendo aspectos teóricos y terapéuticos, ver Potter-Efron, R. *Shame, guilt and alcoholism*. The Harworth Press, 2002.

momento no enfrenta su culpa; sólo después, cuando se somete a tratamiento y recupera su capacidad de sentir y expresar, lo manifiesta en la terapia como recuerdos dolorosos del pasado.

Un paciente adicto a la cocaína, miembro de una familia muy unida, casado, tenía dos hijos a los que quería mucho; sin embargo, recuerda:

—Una tarde, mientras estaba en mi camioneta consumiendo droga en una población, mi mujer me avisa por teléfono que va con el más pequeño a la clínica porque le ha pasado algo grave. En ese momento estaba completamente intoxicado, en pleno consumo de cocaína, en una facha impresentable; no me quedó más que seguir todo ese suceso a través de mi celular. Ahora me despierto en la noche, sintiendo la culpa de haber estado ausente.

Así como este hombre se arrepiente por lo que dejó de hacer, otro se arrepiente por lo que hizo durante un episodio importante:

—Estaba con toda la ilusión del parto de mi primer hijo. Cuando mi señora iba a la clínica tomé unos tragos y jalé cocaína para sentir valor. Los médicos me vistieron con ropa de pabellón para que entrara a acompañar a mi esposa en el parto. Me sentía eufórico y dicharachero. De pronto, el cirujano no aguantó más y gritó: “Si no sacan a este caballero, no sigo adelante con el parto”. Hasta hoy me retuerzo al recordar mi conducta en pleno nacimiento de mi hijo.

El sentimiento negativo proyectado hacia el futuro se llama angustia o miedo. El dependiente de la droga está lleno de temor porque nunca sabe cómo va a estar mañana. Desconoce cuál será su situación económica en el futuro, qué irá a pasar con su salud, qué suerte correrá su familia. Adquiere compromisos, pero en el fondo duda si los va a poder cumplir, y eso le causa un intenso sufrimiento. De hecho, la vivencia más frecuente de quien acepta entrar en tratamiento por droga es que se encuentra en un camino sin salida, ya no ve más opciones. Así le ocurrió a Rodrigo:

—Un día me desperté y tomé un par de tragos en ayunas. Dejé la crema. Hice pedazos la casa. Rompí los vidrios, todos los artefactos, la televisión... Golpeé a mi mujer, y si tengo una pistola, la mato. Me volví loco. Cuando amaneció y empecé a acordarme

de lo que había hecho, fui donde mi mamá y le dije “vamos al tratamiento”.

Permanente represión

¿Cómo logra el consumidor continuar su vida sintiendo tanta vergüenza, culpa y angustia?

En el plano psicológico, el adicto funciona mediante un mecanismo inconsciente de defensa: la represión. Bloquea los sentimientos dolorosos, los ignora, actúa como si ellos no existieran.

La represión es un mecanismo normal de los seres humanos; lo emplea, por ejemplo, el cirujano cuando antes de entrar a realizar una operación muy difícil actúa como si no sintiera temor; o el empresario que firma un compromiso financiero de envergadura sonriendo. En ellos, la represión cumple un papel funcional.

En cambio, en el adicto, la represión es masiva y permanente. Suprime tanto las emociones negativas como las positivas. Actúa como si no tuviera emociones.

La madre de un enfermo recuerda:

—“¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes hoy?”, le preguntaba a mi hijo al verlo con la mirada fija, ausente. “Bien, súper bien”, me respondía, encogiendo los hombros como si nada pasara y llevaba años consumiendo.

El consumidor vive en permanente represión de sus sentimientos; no es capaz de expresarlos, que es el mecanismo por el cual el ser humano se libera y reelabora las experiencias dolorosas. No le queda otro remedio que persistir y aumentar su consumo para disminuir el dolor, con lo cual va agravando su enfermedad emocional.

Negación - racionalización - proyección

Con el tiempo la represión ya no le es suficiente como mecanismo para enfrentar la existencia diaria, y el adicto debe poner en

movimiento otros métodos inconscientes de defensa. La **negación** es uno de ellos, por el cual la persona desconoce y niega la realidad y sus efectos. En esta etapa el dependiente, ya privado de sus sentimientos y negando la realidad, se abre a cualquier explicación, incluso extraña, para dar cuenta de su comportamiento. Su mente puede crear cualquier argumento o excusa frente al problema que lo aqueja: este mecanismo se llama **racionalización**.

Para muchos autores, la negación es el núcleo de la enfermedad adictiva. Es la diferencia fundamental de la adicción con cualquier otra enfermedad psicológica. El que sufre una depresión, el que experimenta una crisis de pánico, o a quien le aflige una fuerte angustia busca ayuda, llama al doctor y tal vez llegará a la consulta antes de la hora de la cita. Estas personas quieren alivio. En la enfermedad adictiva, a través de la negación, la persona no ve los efectos de su consumo, no percibe su derrumbe.

La negación llega a niveles extremos:

—Informamos a un joven —cuenta un psiquiatra— que sufría una adicción gravísima y muy avanzada. Le dijimos: “Acá está tu escáner cerebral, muestra que la droga te ha provocado atrofia en tu cerebro”. Escuchó y leyó el informe. Salió al pasillo y al rato golpeó la puerta y dijo: “¿Sabe?, hay un error, ese examen no es mío”. Esto me ha tocado vivirlo más de alguna vez —señala el especialista.

Una esposa relata:

—Le pregunté a la mañana siguiente por qué le dio vuelta el contenido de su vaso en el escote a mi prima, y Juan entonces me contestó: “Es que los García hacen los tragos muy cargados y dan poca comida”.

Sin embargo, ni la negación ni la racionalización impiden que se deteriore la autoestima del consumidor. Inicialmente, lo perturba un comportamiento específico: “Ayer me porté como un estúpido”. Pero posteriormente se llega a odiar a sí mismo: “Soy un estúpido”.

Cuanto mayor es el dolor, más rígidos se vuelven los mecanismos defensivos. En esta etapa del proceso el muro levantado por la represión y la racionalización es incapaz de contener

los sentimientos negativos, cuyo origen no se logra identificar. El enfermo echa mano entonces a un mecanismo muy patológico y desadaptativo llamado **proyección**. Se defiende de estos sentimientos de odio a sí mismo atribuyéndoselos a los otros. En este estado rechaza la intimidad, por suspicacias infundadas, se vuelve defensivo, tenso, hipervigilante, hostil, agresivo.

Mediante la proyección el adicto encuentra siempre una justificación; en forma recurrente habrá un culpable de sus sufrimientos. En el caso de las personas casadas, por lo general es el cónyuge y, entre los jóvenes, uno o ambos padres. El enfermo no se da cuenta de que falta a la verdad. Cree sinceramente en sus argumentos:

—*Habíamos acordado con mi marido que me pasaría el auto porque yo tenía una reunión en el colegio de los niños. Nuevamente llegó dos horas tarde. En vez de aceptar su atraso, porque se había quedado bebiendo con sus amigos después de la oficina, me increpó: “Tú y tus malditas reuniones, si tú dejaras de ir, yo dejaría de beber”.*

Naturalmente, esta mujer dejó de ir a sus reuniones, pero el comportamiento de su esposo no cambió en absoluto.

La negación y la proyección son mecanismos patológicos que alejan a una persona progresivamente de la realidad.

Depresión, paranoia, suicidio

La persona que sufre de una enfermedad mental esencialmente ha perdido contacto con la realidad. Cuando alguien afirma que lo persigue la CIA o que hay un satélite controlando sus pasos, es reconocido como un ser que ha perdido el juicio. Lo mismo se dice de aquel depresivo profundo que sostiene estar arruinado pese a que objetivamente se le muestra que goza de una buena situación económica. Una persona hipocondriaca, convencida de que sufre de cáncer, puede ir a varios médicos y hacerse todos los exámenes sin cambiar de idea. Por este alejamiento de la realidad que provoca el uso avanzado de la droga, el adicto termina presentando

síntomas propios de la enfermedad mental. Los más frecuentes son depresión, cuadros paranoideos o persecutorios e ideas, fantasías o conductas suicidas.

—... *andaba mirando de qué edificio me iba a tirar* —asegura Rodrigo—. *La idea me daba vueltas todo el día. Quería morir, pero me preguntaba cómo iba a enterrar también a mi esposa en la droga, sabía que la dejaría en un hoyo; me aterraba no poder nunca más salir con ella, o reírme o bailar juntos. Esta cuestión es peor que la muerte de un hijo, es terrible.*

La depresión es un estado de apagamiento emocional y físico. La persona que la sufre se siente desvitalizada, con pérdida de la iniciativa y sin esperanza. Todas las sustancias adictivas son capaces de producirla. Rodrigo y Pedro lo vivieron.

El síndrome amotivacional que provoca la marihuana corresponde a un síndrome depresivo juvenil. Probablemente, el aumento que se observa en los últimos años de depresión juvenil tiene que ver en parte con el consumo que se inicia a edad temprana. A los profesores les llama la atención que en cada curso haya varios alumnos a los que se les ha recetado medicación antidepresiva. Un padre de un hijo que usa marihuana relata:

—*Mi hijo se ha ido apagando, antes era muy alegre. Hoy está como ausente y muy irritable, todo le molesta. Ha dejado de lado sus deportes, y tenía tanta facilidad para el tenis, era un campeón nato. Ya no le interesa la universidad, hace lo mínimo para pasar los ramos, se conforma con cualquier nota. Pasa el día en cama, medio adormilado.*

Contrario a lo que comúnmente se cree, el alcohol también es una sustancia que provoca depresión. Se da típicamente en ese sujeto bebedor que ha probado todos los distintos tratamientos; y nada le ha servido para su desánimo, hasta que se hospitaliza, se desintoxica y a los cinco o diez días se observa que ha desaparecido su depresión sin necesidad de antidepresivos. Este cuadro es más frecuente en adictos al alcohol que para calmar su angustia abusan en forma paralela de tranquilizantes.

La esposa de un paciente bebedor relata:

—Desde hace unos diez años mi marido comenzó a quedarse en cama todos los fines de semana; alegaba que estaba desanimado, sin fuerza, que el trabajo lo mataba. Dejó de hacer deporte y se alejó de su familia. Años después ya no le bastaba con el fin de semana y se quedaba hasta el lunes o martes en la casa; comenzó a descuidar su trabajo. Siempre fue a médicos que le diagnosticaron depresión, le recetaban antidepresivos y tranquilizantes. Se quedaba todas las noches después de la oficina bebiendo y cuando se iba a la cama se tomaba sus medicamentos. Como estaba con alcohol, despertaba a las dos o tres de la mañana angustiado y creía que no se había tomado los remedios, y repetía la dosis.

Otro estado psicológico que provocan las sustancias adictivas son los cuadros paranoideos caracterizados por delirio, es decir, ideas patológicas de cuya realidad el enfermo está absolutamente convencido y que no son conmovidas por los argumentos racionales.

Con el aumento del uso de drogas, el concepto de la paranoia está incorporado al lenguaje diario de los jóvenes: “Está paranoico; perseguido; le bajó la paranoia”, dicen a menudo de algunos de sus amigos.

Las ideas paranoicas pueden tener distintos contenidos. El síndrome paranoide producto de las drogas se manifiesta fundamentalmente por dos tipos de contenidos: **persecutorio** y **de celos**.

Los contenidos de persecución pueden ser producidos por todas las sustancias adictivas, pero la cocaína lo hace con mayor frecuencia e intensidad. La persona que recién la ha consumido sale a la calle y cree que todos se dan cuenta de su práctica. A lo largo de la noche escucha ruidos y sobresaltado despierta a su esposa, y ella trata de calmarlo. Es frecuente que anden armados. No sin razón un experto aconseja:

—Hoy día si uno tiene un tope con el auto o un malentendido en el supermercado no conviene discutir.

Los pacientes reconocen que antes de someterse a tratamiento pasaban noches enteras apuntando a la puerta, estaban convencidos de que alguien llegaría a atacarlos. Un paciente recuerda:

—Llegué solo a internarme, desesperado. Cada vez que consumía me inundaba una paranoia feroz; como me gustaba tanto la cocaína inventaba métodos para tratar de combatirla. Antes de jalar preparaba unas cartulinas que decían: “No le creas... Son todas mentiras... Es paranoia”. Las pegaba en las paredes o lo escribía en los espejos con lápiz labial de mi señora. Pero mientras consumía era tan intensa la sensación que todos estos mensajes no me servían, me escapaba por la ventana, convencido de que me venían a matar.

Los celos se ven especialmente en el curso del abuso del alcohol. El adicto suele sospechar que la pareja le es infiel y se atormenta con ese pensamiento. Cree ver en la realidad la prueba de sus sospechas.

Al informarse de este síntoma que aparece con el consumo, un joven paciente les aseguró a sus terapeutas:

—No sabe cuánto me alivia entender que el alcohol era la causa de mis celos. Yo hacía sufrir a mi novia, que era fantástica y terminó dejándome por las escenas y escándalos que yo provocaba.

En efecto, cada cierto tiempo aparecen en la prensa reportes de crímenes pasionales múltiples en que un hombre, seguro de que la mujer le es infiel, la mata; acaba con los hijos porque se convence de que no son de él y finalmente, como se siente deshonrado, también se quita la vida. Estas tragedias con frecuencia corresponden a síndromes de celos por alcohol.

El abuso de alcohol y droga ha llegado a constituir la causa muy frecuente de suicidio en nuestra época. En el consumidor confluyen el estado de desánimo, la desesperanza, el autorrechazo y la impulsividad. En la depresión endógena, en cambio, si bien existen ideas negativas, éstas se acompañan de apatía y de falta de impulso, lo que hace más difícil las conductas de autoeliminación. Un terapeuta asegura:

—Durante las terapias de grupo, cuando se habla de este tema, prácticamente todos los pacientes reconocen haberla experimentado en distintos grados, desde la persona que piensa: “Sería mejor que mañana amaneciera muerto”, “Estoy cansado de la vida”, hasta planificaciones suicidas muy complejas y actos suicidas.

Ciertamente, a jóvenes y adultos la droga o el alcohol les provoca tantas pérdidas, compulsividad y emociones negativas que no ven otro camino.

ETAPAS DEL DETERIORO EMOCIONAL DE LA DEPENDENCIA QUÍMICA

- 1. Oscilación eufórica con la ingesta**
Impulsividad y desinhibición
- 2. Anestesia emocional**
- 3. Sentimientos negativos**
 - Vergüenza
 - Culpa y remordimientos
 - Ansiedad
- 4. Deterioro de autoestima y autoimagen**
- 5. Sistema alienante**
 - Negación
 - Proyección
 - Alejamiento de la realidad
- 6. Síndromes psicopatológicos**
 - Depresión
 - Estado paranoideo
 - Ideas - impulsos - conductas suicidas

Una neuróloga rehabilitada de adicción al alcohol y tranquilizantes confiesa:

—Por años desarrollé una adicción al alcohol y a los tranquilizantes; hasta que un día, en el metro, me quedé como imantada con los rieles, no me podía desprender, sentí una terrible angustia... De repente aflojé y corrí a la consulta de un colega experto. “Por favor, llévame de inmediato a la clínica, no quiero andar más suelta”, le dije. Hoy llevo muchos años rehabilitada y estoy trabajando muy bien, pero siempre recuerdo la fuerza de esas ideas suicidas.

Cuando el especialista evalúa a un paciente con problemas de uso de sustancias no se preocupa demasiado de saber exactamente qué cantidades consumió, algo que al mismo adicto le es casi imposible determinar. Lo que se requiere es diagnosticar en qué etapa de avance se encuentra el síndrome emocional asociado al consumo. Este diagnóstico tiene muchas implicancias terapéuticas. Por ejemplo, una persona con la autoestima deteriorada es muy difícil que logre salir de su problema sin ayuda terapéutica, ya que la recuperación es un proceso que requerirá fuerzas psíquicas y espirituales de las que ya no dispone.

El acto médico tiene dos finalidades: prolongar la vida y aliviar el sufrimiento de la persona. La adicción atenta contra esos dos objetivos: es potencialmente fatal e implica para el paciente, contrariamente a lo que se cree, un grado enorme de sufrimiento.

El cuadro emocional que provoca el consumo debe ser tratado activamente en la rehabilitación.

—Una cosa es dejar de consumir, pero la mejoría es gradual —asegura Rodrigo—, viene de adentro, de los sentimientos, de cómo uno experimenta la vida. Por ejemplo, yo siempre he querido a mis padres, a mi esposa... pero antes yo no lo sentía mucho. La droga te hace pedazos los sentimientos, no vibras con nada.

Por su parte, Pedro, el abogado, expresa:

—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.

Pedro y Rodrigo lograron volver a experimentar la verdad en sus vidas. Por fin ambos pudieron entender. Sus sentimientos habían despertado. Hoy, como muchos pacientes, viven plenamente recuperados.

III. EL DOLOR FAMILIAR: LA CODEPENDENCIA

Paralelo a la dependencia se desarrolla un fenómeno llamado “codependencia”, en el cual la dinámica familiar va cambiando alrededor del adicto y se extiende, también, hacia el trabajo o el colegio. El codependiente experimenta dolor en relación con el comportamiento autodestructivo del consumidor. Descuida su propia vida emocional por tratar de controlar al adicto y, al fracasar en sus intentos, corroe su autoestima. El proceso lo desgarrará, se enrabia, se deprime y presenta síntomas físicos. El codependiente vive en un estado emocional y fisiológico que le impide ayudar al enfermo.

Para ser efectiva la rehabilitación se requiere que participen los codependientes. Paralelamente a la rehabilitación del dependiente, los codependientes se recuperan del dolor emocional con el que vivieron durante todo el tiempo de consumo y enfermedad.

Paloma: “La prueba más difícil de mi vida”

Paloma es una mujer alegre y extrovertida. Está casada y tiene 4 hijos. Hace clases en un colegio particular y se preocupa de tener bonita su casa en La Dehesa. Nos lleva hasta su dormitorio, porque justamente está haciendo varios arreglos en el inmueble. Por lo demás, se siente más cómoda a puertas cerrada, sentada sobre su misma cama. Con dos o tres cigarrillos y varias tacitas de café, relata cómo vivieron ella y su familia la adicción de Tomás, su hijo mayor. Ésta es la primera parte de su testimonio:

—La aceptación de que la codependencia es una enfermedad que me afectaba no sólo a mí, sino a toda mi familia, creo que fue la prueba más difícil que tuve que superar para comenzar mi mejoría, que aún no es total, pero me ha proporcionado ya tanta serenidad y ha contribuido de tal modo a la calidad de mi vida y, sobre todo, de mi convivencia con los que amo, que ya no necesito darme valor todas las mañanas para enfrentar las diarias dificultades.

Parece increíble ahora el sólo recordar cómo pude sufrir tanto durante esos años por la adicción de mi hijo sin tratar de poner fin a ese padecimiento como un modo real de ayudarlo. El problema es que resulta terriblemente difícil darse cuenta de que uno está tanto o más enfermo que el adicto.

Todo contribuye a que nos neguemos a admitir que nuestro hijo, nuestro esposo, en fin, cualquier persona muy querida y cercana, con quien convivimos y compartimos raíces y genes, pueda llegar a desarrollar conductas odiosas, vergonzosas, incluso aberrantes. Nos llenamos de sentimientos negativos y terriblemente dolorosos: vergüenza, miedo, hostilidad, rabia, humillación, pero más que nada angustia, impotencia y desesperanza. Estos terribles sentimientos son los síntomas claros y definitivos de una enfermedad prácticamente ignorada: la codependencia. Ella nos lleva a ser verdaderos “cómplices” de la destrucción de la vida de nuestro familiar adicto. Con nuestro silencio, con la aceptación resignada de sus desastrosas conductas, con nuestro afán sobreprotector de salvarlo de continuos problemas (cada vez mayores y dramáticos, por lo demás), creyendo honestamente que no tenemos otra

forma de ayudarlo, en realidad sólo contribuimos a que su enfermedad se prolongue en el tiempo con las terribles consecuencias que esto puede conllevar: la muerte, la destrucción de un hogar, la pérdida total de todo lo bueno y gratificante que puede ser la vida de una familia sana y normal.

Los sentimientos, emociones o síntomas que nacen en una familia cuando uno de sus miembros consume droga han sido estudiados en profundidad. La dinámica que allí se produce se llama técnicamente **codependencia**.

Juan: “Primero lástima, pero después rabia”

El siguiente caso lo relatan el esposo y la madre de Lucía, una mujer de 30 años que consumió droga parte de su juventud y durante los primeros años de su matrimonio. Se trata de una familia de Temuco que debió trasladarse a Santiago para apoyar el tratamiento y la rehabilitación de Lucía.

Juan, marido de Lucía: *Cuando me percaté de que mi mujer consumía sentí lástima por ella, también incertidumbre por el futuro. Mucho temor. A ratos pensaba en que vendrían los carabineros, una redada, también pensaba en nuestros hijos, todavía guaguas... ¡Cuánta angustia acumulé durante esas noches que no pegué ni una pestaña hasta que finalmente ella llegaba! Al principio fue pena, pero después me llené de rabia hacia ella.*

Mamá de Lucía: *Yo parece que primero sentía rabia contra mi hija. ¿Cómo no se va a poder controlar?, me preguntaba una y otra vez. Ella, por su parte, siempre aseguraba de que esto era pasajero, que lo podía controlar perfectamente... Yo le creía. También cuando se hablaba de un posible tratamiento, saltaba gritando que no era necesario y daba una y otra explicación. Entonces como que uno se convencía, hasta la próxima vez que la sorprendía consumiendo... Y nuevamente me invadían la angustia, el temor y la incertidumbre por ver qué rumbo tomaba. Sentía mucha rabia y después la pena de ver cómo se estaba involucrando cada vez más.*

Pasé por momentos muy terribles, tomaba el teléfono y llamaba a todos los números de Fonodrogas, conversaba largamente porque no sabía qué hacer, cómo abordar el problema. Entonces, lloraba en el teléfono.

Muchas veces ella se desaparecía. Mi yerno me advertía: “Nuevamente Lucía no está y no puedo salir a buscarla, estoy con los niños”. Entonces yo recurría a mi hijo. Él recorría toda la ciudad, me llamaba y me decía: “Nada, no encuentro a mi hermana”.

Marido: *Temía que la encontraran los detectives consumiendo, que tuviera algún accidente, en fin, de que hiciera cualquier locura. Así viví durante muchos años, impotente de no saber qué hacer para ayudar a mi mujer, para rescatarla.*

Mamá: *En reiteradas ocasiones me desmoronaba. Pero después volvíamos a la carga, por eso intentamos todo lo que intentamos, sin ningún resultado. Primero mi hija se hizo una terapia ambulatoria, después la internamos en una clínica en Temuco, también probamos en otra institución, siempre procurando hacer algo, con nuevas esperanzas, cada vez de que fuera lo correcto, pero ninguna de esas cosas resultó.*

Mi otro hijo se mantuvo más bien ausente. Él vive con su señora en Chillán. Mi nuera tiene un carácter muy difícil, no entiende el problema de adicción que sufre mi hija. De hecho, no se llevaban bien entre las cuñadas.

En cambio, la niña que trabaja hace varios años en mi casa estaba muy al tanto porque conversaba con la nana de Lucía. Así nos enteramos de que muchas veces mientras iban en el auto la acompañaba a comprar droga. Mi nana compadecía mucho a mi hija y también a mí, porque ella veía que yo sufría. Mi mamá también se preocupaba de su nieta, trataba de ocultar el tema para que no se supiera.

Vergüenza y silencio

Experiencias cargadas de dolor reconocen quienes han vivido alrededor de una persona que ha consumido o desarrollado la enfermedad.

Los que están cerca del consumidor, especialmente su familia, pero también los amigos más íntimos, los colegas y jefes en el trabajo, los compañeros de curso y los profesores, comienzan a experimentar dolor emocional al ser testigos de las conductas autodestructivas del afectado. Temen la forma en que terminará y al mismo tiempo se enrabian ante la obstinada negación que le impide al afectado ver la realidad y detener su proceso.

Por ello los codependientes presentan síntomas emocionales severos, como angustia y temor, culpa y depresión, rabia y hostilidad, reacciones psicósomáticas y trastornos del sueño, que inhiben su posibilidad de intervenir adecuadamente en el proceso de desarrollo de la enfermedad de su ser querido.

Tal como lo revelan Paloma, la madre y el esposo de Lucía, los codependientes adoptan roles en la dinámica de interacción familiar que son favorables al desarrollo del consumo y de la enfermedad.

La codependencia ha sido definida como una condición caracterizada por preocupación y extrema dependencia emocional, social y, a veces, también física, por una persona en consumo¹.

Analizar en detalle la reacción familiar ante la conducta de

1 Cermak T. L. *Diagnosing and treating co-dependence. A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children.* Johnson Institute Books. Minneapolis. 1986.

consumo de uno de sus miembros permite comprender por qué los especialistas consideran que la codependencia constituye un componente integral de la enfermedad adictiva.

Cada familiar siente en carne propia un sufrimiento que lo va torturando, que es diferente al que ha experimentado con otros tipos de pérdida. Porque cuando se vive, por ejemplo, la muerte de un ser querido, el descalabro económico o la falta de trabajo, por lo general ocurre en un momento determinado y ese sentimiento de honda tristeza va disminuyendo con el pasar de los días. La persona se va adaptando a esa pena en el lapso de meses o a lo más en un par de años. Con el tiempo alcanza un estado de equilibrio que, si bien es cierto se rompe cuando se recuerda esa pérdida, puede controlar y continuar adelante con su vida.

En cambio, ante la situación de consumo, en la codependencia todos los sentimientos que se generan son conflictivos y opuestos:

—*Por un lado siento pena y por otro rabia* —dice gráficamente el esposo de Lucía, y agrega—: *Uno cree que lo hace contra uno, contra la familia.*

El familiar se siente tironeado en su interior por las fuerzas opuestas de dolor y rabia. Es por eso que muchas veces las personas que han vivido una codependencia aseguran estar “desgarradas” de dolor.

El ánimo del dependiente es por definición muy variable. Al día siguiente de un “reventón” está destrozado, pero un par de días después, nuevamente en negación, se lo ve expansivo y grandioso, dueño de sí mismo. Si rompe una relación sentimental o de trabajo, se desarma a tal punto que la familia no ve otra salida que internarlo ese mismo día. Sin embargo, cuando encuentra una nueva oportunidad laboral o una nueva pareja parece florecer. Por eso es frecuente que el adicto reciba el diagnóstico de “bipolar”. Los familiares que acompañan al consumidor en cada una de estas etapas también pasan por fases de esperanza y desesperanza. El ánimo del codependiente sufre oscilaciones tan bruscas y violentas como el del consumidor deja de experimentar el agrado de la serenidad.

El malestar que acarrea la codependencia es intenso y negativo

porque justamente no permite la acción de los dos únicos medios por los cuales las personas nos acomodamos al dolor y lo enfrentamos: uno es el tiempo y el otro es la capacidad de comunicar. Cuando se comparte un dolor, de inmediato la tristeza disminuye en un 40 o un 50%. Cualquier sacerdote, psiquiatra o terapeuta comprueba que gran parte de su ayuda consiste en escuchar. Los seres humanos buscan básicamente ser oídos. Pero frente a la adicción de un familiar ese dolor no se comparte, sino más bien se tiende a ocultar. Esta enfermedad produce vergüenza. El dolor entonces va quedando encerrado en la familia, en el núcleo más íntimo.

De allí que sea tan necesaria la terapia familiar como parte del tratamiento. Su objeto es permitir a cada integrante esa posibilidad de hablar de lo que realmente le ocurre y entender al resto².

SÍNTOMAS EMOCIONALES DE LA CODEPENDENCIA

- **Dolor – angustia – miedo**
- **Inseguridad – inestabilidad emocional**
- **Vergüenza – aislamiento**
- **Culpa – depresión**
- **Rabia – hostilidad**
- **Estrechamiento de la vida emocional**
- **Compromiso de la autoestima y de la autoimagen**
- **Tensión – síntomas psicósomáticos**

2 Una exposición muy completa acerca de los aspectos teóricos, clínicos y terapéuticos del compromiso que ocurre en la familia del adicto se encuentra en Saiton y cols. *Alcoholism and the family*. Taylor and Francis, Inc., 1992.

Dolor, angustia e inestabilidad emocional

Ese primer grupo de síntomas o estados emocionales que provoca la codependencia, caracterizado por dolor, angustia y miedo, es muy intenso, porque esta enfermedad tiene que ver con la vida y la muerte. Efectivamente, Lucía puede chocar mientras conduce, o tener cualquier tipo de accidente en la calle; Lucía se puede suicidar, se puede intoxicar; Lucía puede ser asesinada.

Se da asimismo una situación de muerte espiritual. Lucía no es la misma de la cual su marido se enamoró; ya no es la hija, tal como la vio crecer su madre. En cierta forma, la verdadera Lucía está muerta para sus seres queridos.

A lo largo del consumo ocurre que la persona va perdiendo esas cualidades físicas y de carácter que la individualizaban, se va desfigurando. Esa transformación de su manera de ser hace que sus familiares sientan que la van perdiendo. Echa por tierra ilusiones y planes.

Por supuesto que esto acarrea inseguridad e inestabilidad emocional en quienes están alrededor del sujeto con problemas de adicción. La situación de consumo es en sí impredecible. Los comportamientos de un consumidor son contradictorios. La familia resiente su estabilidad emocional porque pierde la seguridad básica: aquella con la que cuenta todo niño cuando espera que su padre o madre acuda a la fiesta de fin de año de su escuela, o esté para su cumpleaños. Lo mismo le ocurre a una esposa que sabe que ante un problema su marido la apoyará. Pero frente a un adicto, todas las expectativas suelen fallar.

Culpa e impotencia

Las estadísticas comprueban que por cada persona que consume hay un promedio de diez que están involucradas de algún modo en el círculo, sufriendo alrededor. El marido de Lucía confiesa:

—Ya no puedo cuidar a mi esposa. Hay mucho dolor al

comprender que uno no puede, que ya se me escapó de las manos. Siento mucha culpa, y de ahí tal vez la vergüenza de enfrentarme a los demás con esto de que se me escapó, que es culpa mía.

Ese sentimiento de impotencia, sumado a la vergüenza que golpea ante cada nuevo desastre que provoca el familiar que consume, lleva paulatinamente a una actitud de aislamiento. En general, las familias se van quedando muy solas. Les es difícil compartir lo que les está sucediendo y, asimismo, entablar cualquier otro tema les parece falso.

La madre de Lucía asegura que de continuo se pregunta:

—¿Qué hice yo que haya influido para que mi hija haya tomado este camino?

La culpa es muy intensa en la codependencia. Entre los padres despierta mutuas recriminaciones. Lo vimos en el caso de Pedro, el joven abogado. Por lo general, en la pareja hay uno más estricto; el otro, por tanto, suele ser más permisivo. Entonces el padre estricto o la madre exigente le cuestionan al otro su permisividad:

—¡Todo es por tu culpa! —le dice—. No le colocas límites, no le has dicho nunca lo que puede y no puede hacer. No le rayaste la cancha.

En tanto, el otro le responde:

—Lo que pasa es que tu hijo está así porque contigo no se podía nunca comunicar. Con tus actitudes rígidas y estupideces, no le has permitido ser tu amigo ni conversar.

Muchas veces la codependencia es la fuente de rupturas conyugales. Tras el cuestionamiento comienza a primar la idea de que ya nada vale la pena.

Depresión y hostilidad

El sentimiento de culpa es el núcleo de la depresión. Las estadísticas señalan que más del 50% de los cónyuges de personas que consumen han consultado previamente por depresiones de ellos y, en esos casos, muchas veces la depresión en el codependiente desencadena el tratamiento de la persona afectada.

El siguiente sentimiento lo ejemplifica muy bien la familia de Lucía: la rabia.

—*Mientras más angustia y preocupación, pareciera que más rabia despiertan sus conductas erradas.*

La rabia puede tener diversas fuentes, pero lo cierto es que en algunos casos suele convertirse en franca hostilidad.

Habitualmente hacen noticia las conductas violentas y discrepantes del consumidor en contra de las personas que no consumen. Es verdad. Pero quienes tratan estos casos ven con frecuencia que también los familiares presentan hacia el enfermo actitudes en extremo violentas. Y éstas no se dan solamente en sectores populares cuando el marido llega ebrio y la mujer se descarga y lo golpea. También suelen ocurrir en el barrio alto:

—*Tengo que confesarle, doctor* —decía una esposa joven—, *que el alcoholismo de mi marido me provoca una rabia incontrolable y muchas veces cuando ha llegado curado, lo tiro escaleras abajo.*

Le había roto varias costillas. Ella también estaba deshecha, necesitaba información y ayuda médica. De hecho, la mujer permaneció al lado de su marido durante todo el tratamiento. No falló a ninguna terapia y finalmente ambos se sanaron.

Mientras unos se llenan de rabia y confrontan permanentemente al que está consumiendo, otros ya incapaces de sentir tanta angustia toman actitudes rígidas, como proteger y minimizar las consecuencias de la enfermedad. Hay quienes no lo soportan y abandonan el hogar. Por lo general, el familiar no se atreve a llevar amigos a su casa. Asimismo, como un mecanismo de defensa la familia se vuelve más hostil frente a los demás. Ya no convida, no acepta invitaciones, se excusan de participar.

En la familia y en el círculo laboral también se produce el fenómeno de la negación, como un hecho clínico, normal dentro de la evolución. En muchas ocasiones, como manifestación encubierta de la hostilidad dudan en cuanto a si es necesario tratarlo:

—*Si es tan inteligente, de seguro será capaz de salir solo de esto* —suelen repetirse.

Tensión emocional y síntomas psicósomáticos

La preocupación por el consumidor se va extendiendo como una mancha de aceite en el campo psíquico del codependiente.

—*Muy seguido despierto a medianoche y mi primer pensamiento es Lucía. “¿Cómo estará mi hija?”, me pregunto.*

La permanente preocupación invade a veces hasta el sueño y se transforma en pesadilla tras un prolongado insomnio. Los especialistas llaman a este fenómeno estrechamiento de la vida emocional.

Cuando se vive en el estado máximo de la codependencia, la persona prácticamente no puede pensar en otra cosa que en la adicción de su familiar. En apariencia se va a trabajar, pero su mente está en otra parte: ¿Cómo habrá llegado?, ¿Habrá bebido?... De igual modo conversa o hace vida social. Sufre de un síntoma ansioso que se conoce como hipervigilancia, y que traduce la tensión extrema en la que vive. Cada vez que suena el teléfono o siente el timbre queda con la respiración entrecortada, siempre atenta a lo peor.

El codependiente muestra un rostro tenso, con el cuello rígido y la mandíbula echada hacia delante, los ojos muy abiertos, en una actitud de tensión excesiva.

Las estadísticas norteamericanas muestran que los codependientes suscriben un promedio de tres veces más consultas médicas que la población general. La mayor parte de síntomas físicos que desarrollan tienen relación con el sistema músculo-esquelético; por ejemplo, dolores en el cuello, columna, bruxismo y jaquecas; sufren también esofagitis, gastritis, colon irritable, palpitaciones, alzas de la presión arterial, alteraciones del sueño.

No es raro que un síntoma de la codependencia sea la disfunción sexual, a la que el dependiente erróneamente culpa por su consumo excesivo; “con mi mujer no nos entendemos, me rechaza, es frígida”. El tratamiento de la disfunción sexual puede ser un tema muy importante en la rehabilitación del paciente adicto.

Compromiso de la autoestima

Tal como el consumidor fracasa una y otra vez en sus intentos de controlar el consumo, el codependiente falla en las mismas ocasiones de controlar al consumidor. Y, entonces, a medida que se daña la autoimagen del consumidor se va socavando la del codependiente.

Los padres se sienten angustiados por no proteger al hijo, el esposo a la cónyuge, el profesor lamenta no poder formar a su alumno y el jefe no conseguir influir en su subordinado. La imagen de padres, esposos, maestros o supervisores se resiente, y van perdiendo confianza y seguridad en sí mismos. Con frecuencia a la cónyuge le asalta el pensamiento inconsciente de que ya no es capaz de hacer feliz a su pareja y, a veces, por ejemplo, cae en comportamientos de inseguridad que la llevan a arreglarse en forma desproporcionada, intentando verse más joven y volverse nuevamente atractiva para su pareja.

La codependencia y el curso de la enfermedad

Las familias involucradas suelen repetirse la siguiente pregunta:

—¿Por qué si nosotros hemos salido adelante de una crisis económica, de duelos importantes, de problemas conyugales, esta dificultad nos supera?

Paloma, la mamá de Tomás, lo resume así:

—Parece increíble ahora el solo recordar cómo pude sufrir tanto durante esos años por la adicción de mi hijo sin tratar de poner fin a ese padecimiento como un modo real de ayudarlo. El problema es que resulta terriblemente difícil darse cuenta de que uno está tanto o más enfermo que el adicto.

La codependencia es un componente de la enfermedad, no una consecuencia de la adicción. A medida que el adicto desarrolla la dependencia, sus cercanos desarrollan la codependencia.

El conjunto de síntomas antes descritos tiene en común que vuelve a la persona ineficiente. Es así como actúa esta enfermedad. La angustia y el miedo paralizan, la rabia lleva a conductas impulsivas y desacertadas, la depresión hace ver toda salida como imposible, la pérdida de autoestima provoca inseguridad; con molestias psicósomáticas, la persona se siente enferma y débil. Ya no está en ella dar con la fórmula de ayudar al adicto. Por lo tanto, el tratamiento debe extenderse hacia toda la familia.

El comprender así la codependencia tiene importantes implicancias para el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

En el proceso de diagnóstico de una persona que consume se requiere incluir una evaluación de la dinámica familiar. La existencia de codependencia en la familia es un argumento muy importante para reconocer que el consumidor ya ha desarrollado una dependencia. Esta evaluación tiene tanto peso como los resultados de los exámenes físicos o de los tests psicológicos.

Si los tratamientos aumentaron su eficacia desde alrededor de un 10% a cerca del 40% cuando por fin la ciencia médica aceptó que la dependencia era una enfermedad, el segundo gran salto en la eficacia ocurrió en los últimos quince a veinte años cuando se estableció el concepto de codependencia. Se comenzó a entender que incorporar a la familia al tratamiento resulta fundamental para lograr eficacia en el proceso de recuperación. Si la familia no se mejora de su codependencia, el paciente tampoco sanará de su dependencia.

Los programas de tratamiento de los diferentes centros especializados en todo el mundo pueden diferir unos de otros: algunos usan más medicamentos, otros menos; unos son más prolongados, comprenden hospitalizaciones, y otros son sólo ambulatorios; pero toda terapia eficaz incluye a la familia. Se ha demostrado que el tratamiento especializado que comprende la participación de la familia alcanza índices de eficacia de hasta el 70% de los pacientes tratados.

En países en desarrollo existen muchas limitaciones en cuanto a recursos, pero a menudo se pasa por alto la tremenda

ventaja de contar con familias extensas y afectuosas, elemento primordial para la recuperación. En cambio, experiencias en países desarrollados como los europeos, donde existen cuantiosos medios en centros especializados, muy cómodos para el paciente, la efectividad es reducida porque la familia no participa. Por lo general, los enfermos viven solos, lejos de sus hogares. La película norteamericana *21 días*, protagonizada por Sandra Bullock, lo relata bien. La cinta termina cuando ella abandona el centro sola en un taxi que la va a dejar a su departamento, rodeada de sus mismos amigos con los cuales consumía. Las posibilidades de no recaer ciertamente disminuyen.

Después del largo proceso de recuperación es fundamental para el paciente entender que alguien vuelve a confiar en él. Básicamente, es en el hogar donde la persona aprende que a uno se le quiere a pesar de sus debilidades.

Nuestra experiencia indica que cualquier paciente es recuperable, excepto aquellos que no aceptan comprometer a sus parientes en el proceso o, al revés, familiares que llegan a las clínicas pidiendo quedar fuera del tratamiento.

Las terapias familiares no siempre resultan agradables. Aunque los terapeutas y mediadores ejerzan con gran profesionalismo su papel, se producen situaciones de enorme desgarramiento. Cada miembro debe aprender a vivir sin la tensión que significa que el adicto deje de usar alcohol y drogas. Pero ya estamos frente a otro tipo de sufrimiento. Es un dolor con sentido, por una causa que realmente ennoblece y afianza las relaciones. En general, los parientes una vez iniciados y confiados en el tratamiento trabajan bien. La mayoría se une con lazos entrañablemente duraderos. Y cuando en realidad florecen la unión y el cariño filial renace lo mejor de cada miembro. Si además ello va sostenido con un sentido trascendente o religioso, sustentado en la fe y en los valores positivos del ser humano, se anexa un importante factor de resiliencia.

La apertura del dolor familiar es el primer paso en la curación. Como la familia está inserta en la sociedad, es muy positivo que esa apertura se irradie al lugar de trabajo, a los colegios, las universidades

y a todo el medio social. Por ello cuando en un caso participan unida la familia y el colegio o los parientes y la empresa donde trabaja el enfermo, la eficacia de los tratamientos se multiplica.

La sociedad norteamericana ha dado un ejemplo en este sentido; se considera que sufrir de la enfermedad adictiva no es diferente a otra patología médica, como la diabetes, la hipertensión arterial o la enfermedad coronaria, y ello se traduce en su igualdad frente a los sistemas de previsión y cobertura en la salud. Betty Ford hizo público su tratamiento por dependencia de alcohol y posteriormente creó un instituto que lleva su nombre³. El presidente George Bush ha reconocido públicamente que en alguna época tuvo problemas con el alcohol y asistió durante un período a Alcohólicos Anónimos.

En nuestro medio, poco a poco las instituciones y empresas están tomando conciencia de la realidad y comienzan a ofrecer tanto programas de prevención como facilidades para el tratamiento, lo que es absolutamente imprescindible.

3 Ver carta de Betty Ford a Vernon Johnson en *Intervention*. Johnson Institute Books. Minneapolis. 1986.

IV. PROTAGONISTAS DE UN DRAMA: ROLES EN LA CODEPENDENCIA

La situación de consumo impacta en la dinámica familiar y hace que cada uno de los miembros adopte un rol bastante definido en el curso del proceso. Estos roles, similares a los de una obra teatral, son igualmente negativos tanto para la evolución de la enfermedad como para la estabilidad psicológica del codependiente.

La terapia familiar interviene sobre estos roles y los modifica para favorecer la recuperación y el desarrollo del enfermo y de sus familiares.

A partir de los dos a tres años de edad los niños captan el ambiente emocional en que vive la familia y, al igual que el adulto, estructuran roles. Si el adicto no se trata, estos roles persisten de adultos y se manifiestan como trastornos de la personalidad, elección inadecuada de pareja o abuso de sustancias. El tratamiento del adicto tiene también una dimensión preventiva para su familia.

“Nunca me di cuenta de que mi hijo consumía”

Paloma continúa contando la historia de Tomás, el mayor de sus hijos, que consumió durante su enseñanza media y vida universitaria. Hoy es profesional y está casado:

—Durante los treinta años de matrimonio, con mi marido siempre hemos estado de acuerdo respecto de cómo educar a nuestros hijos, aunque la época peor fue la previa a saber del consumo de Tomás, el mayor de todos, cuando tenía 17 años.

Cuando ocurre un problema de esa naturaleza todo suena. Yo intuía que había algo espantoso. Repitió un año de colegio. Lo cambiamos de establecimiento; comenzó a tener amigos distintos. No calzaba con el ambiente típico que se vivía en la casa ni en el campo, donde todos los primos armaban una patota, cantaban, jugaban cartas. Lo encontramos cada vez más raro. Yo nunca lo vi ebrio, pero sí empezó a desaparecer plata. Mi marido tenía la mala costumbre de andar trayendo fajitos de billetes.

Tomás tuvo su primer consumo de marihuana en primero medio. Al año volvió a pitear. Asegura que así comenzaron todos sus compañeros y él siguió la onda.

Las mamás no lo pueden creer, pero muchos de los chiquillos fuman y no es una justificación. Yo le digo a mi hija de 15 que en cualquier minuto le van a ofrecer y le advierto: “Tú no puedes probar porque tienes los genes”. Vivió bastante la enfermedad de su hermano mayor, más de lo que uno cree.

Según todos mis hijos, esta casa era un caos. Siempre lo mismo, un grito del papá insultándolo, todos tiritábamos para ver qué lesera se había mandado este hermano. El ambiente se cortaba con cuchillo.

Yo nunca me di cuenta de que mi hijo consumía. Nunca. Pero en el colegio donde hago clases a mis alumnos los descubro de inmediato. Eso es lo más triste del caso. Así es la codependencia.

Como él venía con un problema de trastorno de aprendizaje, uno vivía justificándolo. Cuando hasta los amigos me decían que Tomás tomaba demasiado, hablé con el segundo de mis hijos y me aseguró que no tomaba. Pero cuando por las noches comencé a sentir un ruido de

ambulancia y me despertaba toda transpirada, en el fondo de mi corazón supe que estábamos al borde de un abismo; el final se acercaba.

Así y todo, terminó su primer semestre de universidad. Yo lo ayudé mucho. Estudiamos juntos. Pasamos varios ramos, pero ya el segundo año él no quiso seguir y yo tampoco.

Era sumamente conquistador, tenía una polola amorosa que a nosotros nos encantaba, pero él le ponía el gorro desvergonzadamente. De pronto nos dimos cuenta de que ni siquiera la engañaba con otras, no estaba ni ahí con nadie. Comenzó a andar sólo con amigos. Lo encontramos raro. Muchas veces antes cuando nos íbamos al campo, la nana nos contaba que él traía amigas a la casa. Ahora nada...

Yo creo que lo hubiéramos descubierto antes de no habernos ido al campo todos los fines de semana. Pero no estábamos preparados.

Un amigo nos volvió a decir que Tomás tomaba mucho y estaba agresivo. Se lo dije a mi marido. Pero me da la impresión de que no lo encontrábamos tan preocupante. Hay que pensar que yo soy de una generación en la que los hombres consumen mucho alcohol. Durante nuestro largo pololeo, él se lo tomaba todo, igual estudió en la universidad y se recibió. Típico que en el campo se tomaban una botella de whisky y después la feroz siesta; pero yo nunca he visto a mi marido curado.

Sin embargo, la conducta de Tomás se fue empeorando, las peleas con sus hermanos eran cada vez más seguidas. No los respetaba, se ponía las poleras nuevas de ellos, recién regaladas en un cumpleaños, y las dejaba tiradas todas sucias en un rincón. Si había un último yogur para la guagua, se lo tomaba él. Era para matarlo. Me caía pésimo. Incluso alcancé a dudar de que la pena me hiciera dejar de quererlo.

Hasta que un día entré a su pieza y vi sobre la mesa una línea de cocaína. Sin pensarlo pasé la mano sobre el polvo y borré todo rastro. Es para no creer... Pero yo no soy idiota. Hablé con mi marido y decidimos hacerles examen de orina a todos. Les dijimos que era una exigencia de la isapre. El segundo mío ya estaba en segundo de ingeniería civil, y era capitán de su equipo de fútbol. Pero se negaba a hacerse el examen. Después me enteré de que también estaba muerto de miedo porque había consumido en el Valle de la Luna durante su viaje de

estudios. Es para no creerlo, sus compañeros son estupendos alumnos, súper serios y todos se habían drogado más de una vez.

Tomás acusó un alto porcentaje de cocaína en el cuerpo. Lo negó todo, dijo que le habían regalado un pito en la universidad. Pero, sin duda, se sentía aterrado, estaba pidiendo auxilio como desesperado. Por eso dejó esa prueba tan evidente en su pieza. Lo pasó tan mal, que tal vez por ello no recayó durante ni después del tratamiento. Yo me demoré más en darme cuenta.

Cuando después ordenamos sus cosas con calma vimos, por ejemplo, papeles con los teléfonos de Infodrogas. Me reconoció que sabía que lo del examen era para él.

Los resultados del test los supimos un martes; el viernes al anochecer Tomás nos contó que tenía un asado y debía llevar la carne. Su padre le dijo: “Mañana te internas. O te vas como un caballero con tu maleta en la mano o te vas amarrado. Esta noche se quedarán sin carne tus amigos porque no irás a ese asado, dormirás en esta cama con tu mamá y yo dormiré en la tuya. Mañana temprano te llevo a la clínica”.

Fue tan bueno saber lo que era. Yo pensaba que estaba loco. El hecho de poder hacer algo me ayudó. Veía a algunas mamás y esposas de pacientes más bien enojadas, pero yo estaba tan asustada de que le podía pasar algo que descansé al enterarme de que nos esperaban dos años para mejorar.

Siempre habíamos tenido tan buena relación, éramos muy unidos, “los ojitos de mamá”, le llamaban. Es mi hijo mayor. Era tan fresco que en las terapias aseguraba: “Mi mamá sabía que yo consumía, si ella nada más me mira y sabe lo que estoy pensando”. Tenía 20 años y juraba que yo lo seguía mirando como cuando tenía dos.

Fue muy triste desarmar su pieza. Tuve la sensación de que había muerto. Pero es necesario buscar bien que no haya droga.

Supimos que se abastecía en el Cerro 18 de Lo Barnechea y en la universidad. Pero el grueso lo hacía por teléfono. El punto de encuentro era una bomba de bencina de La Dehesa. Por desgracia, no se necesita de mucho dinero para consumir. Así y todo recuerdo que un

día no encontré mi tarjeta Redbanc. Al sacar la cartola me di cuenta de que “alguien” había sacado \$6.000 a las doce de la noche y otro tanto a las dos de la madrugada, y así muchos retiros a lo largo de la velada. Yo ya tenía claro el asunto, pero me quedé callada. Quizás no era el minuto.

Cuando por fin asumimos esta verdad se nos desmoronó el mundo. Mi marido es muy exitoso, no podía creer que algo no le resultara. Se envejeció.

Yo también gano siempre. Me va muy bien en lo que hago. No podía creer que a la “linda preciosa” le pasara una cosa así, sobre todo habiéndole puesto tanto cototo. Me importaba tanto mi familia.

Les avisamos a nuestros parientes cercanos. Fuimos todos a las charlas sobre dependencia química. En esta casa se dejó de tomar. Recién después de siete años empezamos de nuevo a servir una copa de vino en las comidas.

Me importa un huevo que la Juanita se vaya de aquí pelando que en mi casa o en el campo no hay trago. Nada es comparable a la angustia de que mi hijo podía morir. Por eso me sentí tan agradecida de poder tener esta oportunidad de que se tratara y poder salir de este infierno.

Tomás estuvo hospitalizado ocho semanas. Un año con chaperón. Hoy lleva muchos años sano y ya está casado.

Pero él sabe y así se lo dije: “Podrás recaer las veces que quieras, yo no te voy a dejar. Lo que significa que cada vez que caigas, yo te interno y así pasará hasta el día en que me muera”.

Mi marido nunca reclamó. Hacía sus cheques calladito. Porque esto tiene un costo enorme. No sé qué hubiera hecho sin su apoyo. Él confiaba ciegamente en mí. Me queda claro que si alguien empieza el tratamiento, debe hacerlo entero y aunque escuchen una indicación que parece una idiotez, hay que obedecer.

Hay tantos momentos dolorosos. Sin embargo, la familia se unió en forma extraordinaria. Mi segundo hijo dejó de tomar trago, se sintió muy culpable porque cada vez que yo le preguntaba si sabía que su hermano consumía, él me lo negaba. Pero durante el tratamiento fue el soporte de Tomás. Lo iba a buscar para jugar fútbol. Los adictos se

ponen francamente tullidos, les pegaba patadas a los otros jugadores y él nunca se quejó.

Mi tercer hijo, en cambio, se encerró en sí mismo. No participó demasiado.

Hoy día los cuatro son sumamente unidos y parece que se nota, porque la gente lo reconoce.

Uno de nuestros amigos le ofreció trabajo a Tomás. Al comienzo llegó con su chaperón. Hoy es jefe de muchos de los que lo vieron entrar torpe y acompañado.

Tomé el asunto del chaperón con mucha paciencia. Me hice la idea de que me venía a ayudar a mí. Pero nunca dejé de darle yo misma sus remedios. El Antabús¹ se lo di religiosamente. Y eso me sirvió para darme cuenta de que nunca recayó... Aunque en una oportunidad le encontramos una botella de trago en el auto. Al parecer, fue uno de sus amigos que lo quiso tentar.

Cuando pasaron los dos años y lo dieron de alta yo no estaba preparada. Quedamos en que, por un año más, él se haría todos los meses un examen de orina. Le ha ido bien. Maduró.

Comprobé que la familia es la única tabla de salvación para esta enfermedad. Los padres ya no podemos hacernos los lesos. A los hijos uno tiene que ir a buscarlos a la salida de las fiestas, saber con quién se juntan y darles el mínimo de plata.

1 Antabús: Medicación que se usa en el tratamiento del alcohol por su efecto aversivo. Si después de tomar Antabús el paciente bebe alcohol, sabe que se le producirá un estado desagradable de náuseas, vómitos, enrojecimiento facial y cambios del pulso y la presión arterial.

ESCENARIO FAMILIAR

En el capítulo anterior describimos el intenso dolor que experimenta cada miembro de la familia. En un intento por reducir el propio sufrimiento, junto al del consumidor y el de los otros familiares, como mecanismo de defensa, cada uno organiza su comportamiento en torno a un rol determinado, tal como los actores en una obra de teatro. Paloma, por ejemplo, asume un papel en la enfermedad de su hijo, trata de protegerlo y sirve de amortiguador para que su esposo y los otros hijos puedan continuar con su rutina normal de trabajo o de estudio.

Existen distintas nomenclaturas para definir los roles de la dependencia. Nosotros usaremos una muy simple, que los describe adecuadamente. De este modo, a cada familiar le resulta fácil identificarse con alguno y, de paso, es de gran utilidad para el trabajo terapéutico.

ROLES EN CODEPENDENCIA

- **Protector–facilitador**
- **Controlador–aislador**
- **Confrontador–acusador**
- **Ausente**

El protector–facilitador

Cada una de nuestras conductas en la vida tiene determinadas consecuencias. Algunas nos reportan afecto, prestigio o protección, pero otras despiertan respuestas negativas en aquellos con quienes convivimos: enojo, abandono, desencanto. El experimentar estas vivencias es fundamental para ir moldeando nuestra manera de ser y actuar, porque en general tendemos a repetir las conductas que nos traen resultados positivos y modificamos aquellas que nos van reportando consecuencias negativas.

Paloma, la madre de Tomás, encarna el primer rol, que es básico en el desarrollo de la enfermedad y que se denomina **protector** o **facilitador**. Este papel es tan importante en la dinámica de la dependencia que se afirma que si en el círculo del consumidor no existiera a lo menos una persona que fuera protectora o facilitadora, su enfermedad no podría desarrollarse.

El protector o facilitador intenta evitar que el consumidor experimente las consecuencias que le serían propias o derivadas de su conducta. Los comportamientos en que va incurriendo el consumidor son tan disfuncionales, que si no existiera el protector o facilitador las situaciones de crisis se multiplicarían y eventualmente se aproximaría el final con mayor rapidez. Tomás, por ejemplo, sin la ayuda de Paloma no habría podido terminar su educación secundaria ni ingresar a la universidad. Rodrigo, el empresario, sin el apoyo de sus padres habría terminado como un delincuente; y Pedro, protagonista de la primera historia, no se hubiera podido recibir exitosamente de abogado. Lo vemos también en el caso del marido de Lucía, la mujer de Temuco, cuando avisa en su oficina que “la señora no podrá ir porque está con dolor de espalda”, y la verdad es que sufre la resaca que deja una nueva dosis de droga.

A veces este rol de protector es tan manifiesto como cuando, por ejemplo, un padre consigue cambiar una alcoholemia de un hijo que ha tenido un accidente mientras conducía bajo el efecto del alcohol, y así evita que le quiten el carné de conductor.

Pero se dan protecciones que son mucho más sutiles, como las

que intentan las parejas de adictos al evitar que los hijos vean cualquier conducta que pudiera desmerecer su papel como padre. Tratan, por tanto, de mantener la adicción de su cónyuge en secreto y de minimizarla. Así lo recuerda la esposa de un paciente que sufría de diabetes grave y dependencia de alcohol. Tenían cuatro hijos:

—Yo siempre fui la protectora perfecta. Era tanto lo que quería a mi esposo que no deseaba que perdiera su prestancia frente a nuestros hijos. Durante veinte años, cada vez que mi marido llegaba mal, lo ocultaba y lo entraba por la cocina. Juraba que mis hijos no sabían nada. Pero cuando mi marido ingresó al tratamiento, fue necesario aclararlo. Durante la primera sesión debí contarles la verdad. Contrariamente a lo que esperaba, los niños se mostraron aliviados: “Qué bueno que ahora sabemos lo que realmente tiene, porque pensábamos que sufría una crisis terminal por su diabetes”, me dijeron, serenos.

Por sus características esenciales es más frecuente que el rol de protector lo adopte una mujer que un hombre. En el caso de los hijos es la mamá y, en el caso de adultos, es la esposa, la pareja.

La dinámica de la codependencia no sólo afecta a los miembros de la familia; también puede comprometer a amigos cercanos, compañeros o jefes en el trabajo y profesores en el colegio. El jefe puede proteger al consumidor ocultándoles a los superiores cuál es la real conducta y problemas de esta persona, aceptando justificaciones que sabe que no son verdad. Lo mismo pasa con los docentes en los colegios. Ante un niño que consume es frecuente que este rol de protector lo asuma el profesor jefe al ocultarle a la familia algunas actitudes que él ha descubierto en el alumno y, si la familia va a plantearle alguna duda, forma alianza con el niño y trata de negar las evidencias a los padres inquietos.

El controlador–aislador

El rol de **controlador–aislador** es una variante del protector. Mediante su propia conducta, el codependiente intenta evitar o disminuir el consumo de droga de su familiar afectado. En el caso

de Lucía, su esposo era en parte protector y controlador, como observamos cuando iban a la casa de los amigos y colocaba la mano sobre el vaso de su señora para que no le sirvieran más, o cuando intentaba sacarla temprano de las fiestas, o en oportunidades cuando impedía que se le quedara la cartera a su mujer, guardándola él para que no se le perdiera.

El esposo buscaba en cierta forma aislarla del consumo. Pero sus esfuerzos como aislador naturalmente no serían efectivos porque existe una enfermedad real y ello no puede manejarlo. Inevitablemente sus desvelos van a fracasar.

El control se va haciendo cada vez más estricto, cada vez más estrecho. Al final, la persona que encarna este rol de proteger al consumidor busca tratar de reducirle sus contactos sociales, los lugares y situaciones en los cuales pudiera volver a beber o drogarse. Es usual en una pareja en la cual uno es dependiente al alcohol que finalmente termine encerrada en su casa, prácticamente sin vida social, consumiendo frente a su cónyuge controlador.

El confrontador–acusador

El **confrontador** o **acusador** es quien denuncia lo que está ocurriendo en el hogar. Busca desenmascarar al consumidor, pero de paso también al resto de la familia porque considera que guarda silencio. De alguna manera percibe a los otros familiares como hipócritas, cómplices del adicto.

Cuando en una familia un joven es el consumidor, el confrontador puede ser uno de los padres, pero también algún hermano afectado por la conducta que observa en el dependiente y por el dolor que experimentan sus padres.

Este rol se denomina confrontador porque tiende a enfrentar al consumidor con diálogos intensos que terminan en pelea. Su confrontación no es efectiva, porque actúa basándose en un sentimiento negativo que es la rabia. El consumidor se siente descalificado y

agredido y encuentra fácil excusa para contestar con vehemencia y escapar de la situación.

El ausente

El último rol lo ejerce aquel pariente **ausente**. Lo que pretende es evitar el dolor, cree que al alejarse emocionalmente lo logrará. Un terapeuta familiar afirma:

—Cuando llega una familia siempre nos señalan que hay un miembro de ellos que “no está ni ahí”, que es mejor no contar con él para el tratamiento. Pero muchas veces este personaje ausente nos da una sorpresa, se incorpora poco a poco a la terapia y, finalmente, puede llegar a ser un pilar en el éxito del tratamiento.

Al hablar de ausente nos referimos básicamente a la ausencia emocional, pero existen casos en que la ausencia se hace física. Es frecuente que algún hijo de un padre con problemas de consumo tienda a hacer las tareas con compañeros fuera de la casa, a pololear en otro hogar, a irse lo antes posible a estudiar a otra ciudad o casarse tempranamente. Pero también se da entre los adolescentes u otro familiar que continúa en la casa como si el hecho no le importara; así lo vivió el hermano menor de Tomás.

Perversión del amor: libreto del consumo

En una familia sin consumo estas funciones son ejercidas en forma natural por sus miembros, buscando el desarrollo y la realización de cada uno de ellos. De acuerdo con las circunstancias, cada cual adopta distintos papeles. Una madre es por naturaleza protectora de sus hijos, los cuida, se preocupa de que coman y duerman bien; pero si es necesario, los confronta ante una conducta que le parece inadecuada y negativa para ellos. A veces, los hermanos mayores reprenden a los menores, apelando a su mayor experiencia. Puede también que el padre, durante un fin de semana en

que se encuentre muy cansado, le pida a su esposa que ella se haga cargo de toda la actividad familiar porque él prefiere aislarse y reponerse. Cada una de estas actitudes reporta un sentimiento de satisfacción a quien las ejerce, ya que es testigo de que su esfuerzo ha sido gratificado. Por ejemplo, si un padre reprende a su hijo y éste reacciona mostrando arrepentimiento; el padre quedará feliz porque percibe que ha ayudado al desarrollo y crecimiento de su hijo.

La codependencia también se basa en el amor, pero se dice que es una patología del amor, porque el resultado es negativo tanto para el consumidor como para el codependiente. La enfermedad que está detrás de este escenario y que ignoran los actores pervierte y frustra el sentido de esas acciones.

En definitiva, cada uno de los roles antes descritos es negativo para la evolución de la enfermedad.

Si no existiera un protector, el dependiente rápidamente llegaría a una situación en la cual tendría que pedir auxilio o caería en un problema que obligatoriamente lo llevaría a recibir ayuda. Si el jefe deja de evitar su despido, la persona perdería el empleo; es una muy buena motivación para poder reconocer que se está en dificultades. De igual forma, cuando un papá no vuelve a pagar las deudas contraídas por su hijo, naturalmente ese joven llegaría a una situación judicial complicada que eventualmente podría motivarlo a buscar alguna salida positiva. El rol de protector tiende a prolongar la evolución de la enfermedad y a postergar su eventual tratamiento. Paloma, protagonista del caso arriba descrito, lo relata de la siguiente manera:

—Por desgracia, no se necesita de mucho dinero para consumir. Así y todo recuerdo que un día no encontré mi tarjeta Redbanc. Al revisar la cartola me di cuenta de que “alguien” había sacado \$6.000 a las doce de la noche y otro tanto a las dos de la madrugada, y así muchos retiros a lo largo de la velada. Yo ya tenía claro el asunto, pero me quedé callada. Quizás no era el minuto.

Asimismo, resulta negativo el rol de protector para el que lo ejerce porque comienza a dejar de lado lo que son sus propias necesidades emocionales para estar atento y preocupado de las

necesidades del otro. La persona tal como experimenta necesidades físicas, las tiene también emocionales, y si éstas no son satisfechas, comienza a sentir síntomas psicológicos o físicos.

Quienes cumplen este rol sufren de mucho cansancio, experimentan síntomas psicosomáticos, sus desvelos son fatigantes, y es muy frecuente que caigan en depresión. Paloma, la madre de Tomás, la sufrió:

—Como él venía con un problema de trastorno de aprendizaje, uno vivía justificándolo. Cuando hasta los amigos me decían que Tomás tomaba demasiado, hablé con el segundo de mis hijos y me aseguré que no era verdad. Pero cuando por las noches comencé a sentir un ruido de ambulancia y me despertaba toda transpirada, en el fondo de mi corazón supe que estábamos al borde de un abismo; el final se acercaba.

El controlador–aislador sufre de la misma manera que el protector, pero se agrega que su papel es socialmente muy mal mirado. El mundo exterior no ve claramente el consumo del adicto, pero sí le son obvias las conductas de control del codependiente. Es quien por lo general rechaza las invitaciones, le quita las llaves del auto, lo hace irse más temprano de las fiestas, no lo deja tomarse todos los tragos que él quiere. Es el malo de la película. Entonces la gente suele opinar:

—Con una señora así, yo lo menos que haría sería tomar.

En el caso de un joven diría:

—Con esos padres, no queda otra que fumar marihuana.

Las relaciones filiales y entre la pareja se desgastan porque el consumidor no acepta ese control y se repiten entonces los gritos y las peleas.

Por su parte, quien ejerce de confrontador tampoco tiene éxito, porque la confrontación se hace basada en la rabia, que va creciendo después de cada enfrentamiento fallido. Al actuar con rabia, el confrontador no discrimina y suele volverse una persona irritable que va dirigiendo sus dardos contra cualquiera que se le cruce en su camino. La rabia es un sentimiento muy descompensador, el que, por supuesto, hace que se actúe muy equivocadamente; no

deja pensar bien, tampoco dormir y va provocando una serie de molestias físicas.

El confrontador facilita, asimismo, la evolución de la enfermedad. Porque la persona que consume se siente atacada y hostilizada y encuentra una motivación importante para volver a consumir. Cuando un paciente llega a tratamiento, a través de este mecanismo percibe que tiene uno o varios enemigos en su familia. En el caso de los adolescentes, son frecuentemente sus padres, y en el de adultos, su pareja.

Paradójicamente, el ausente también ejerce un papel poco beneficioso porque suele ser el chivo expiatorio del problema.

Cada persona que suele ingerir alcohol u otra sustancia tiene, por así decirlo, como un libreto para su consumo. Algunas afirman en forma reiterada que se drogan porque les ocurrió algo en su niñez, otras aseguran que beben porque han sufrido dificultades en su matrimonio. El libreto de la ausencia, del abandono, es muy usual en esta práctica. Les ocurre a hombres y mujeres, pero este libreto se da con más frecuencia en mujeres que comienzan a beber al quedar viudas o enterarse de infidelidades. Mentalmente, el abandono se incorpora como una realidad y la persona consume alrededor de este hecho.

El ausente ha intentado protegerse alejándose de la situación que le causaba dolor. No obstante, entre los miembros de una familia nuclear la ausencia real no existe. Aunque alguno quisiera voluntariamente desligarse, y se apartara por años a un lugar lejano, pareciera que las relaciones y los afectos familiares se forman temprano en la vida de manera muy intensa y quedan absolutamente marcados en el corazón. El ausente se llena de fantasías acerca de la situación que ha tratado de evitar y éstas son siempre peores que la realidad. Entonces, a quien cumple este rol del ausente lo va invadiendo la culpa.

Un terapeuta relata el siguiente caso:

—Una familia ingresa a la clínica al padre, quien sufre de una grave dependencia de alcohol y sedantes. Lo llevan la esposa y tres hijos adultos. Informan que existe una cuarta hermana, pero

ella vive en EE.UU. hace años y no le interesa el problema de su padre. Interrogados, informan que ella estudia psicología y se está especializando en el campo de las dependencias químicas. Al día siguiente su médico recibe un largo fax en que esta hija plantea numerosas preguntas técnicas para evaluar al tratamiento al que ha sido llevado su padre. Su ausencia no era real, viajó a Chile a participar en el tratamiento y posteriormente continuó viniendo para estar presente en todas las terapias que le era posible.

El rol de ausente se establece en base a la represión y negación de los sentimientos. Pero como carecemos de la capacidad de discriminar el sentimiento que queremos suprimir, el codependiente ausente sufre un apagamiento emocional progresivo y se afecta su capacidad de establecer todo tipo de relaciones.

Intervención - mediación - comunicación

Por lo visto, mientras haya un familiar en consumo, ninguno de estos roles resulta positivo. Este hecho se comprueba en forma reiterada cuando una familia, después de realizado el diagnóstico, decide que todavía no es el momento de poner al consumidor en tratamiento, pero en cambio desea pedir algunos consejos sobre cómo actuar frente al familiar enfermo. “¿Le debo o no dar dinero?”, preguntan los padres. Si la respuesta es afirmativa, seguramente objetarán que con ese dinero comprará droga. Si la respuesta es negativa, lo más probable es que señalen que entonces el adicto se podrá meter en un lío peor para conseguirlo. La única solución efectiva es detener el consumo. Y esto requiere que uno de los familiares se coloque fuera del problema, a una distancia que le permita ver la realidad, o bien acudir a una ayuda profesional que pueda orientarlos y dirigirlos en ese proceso.

La mayor dificultad para iniciar el tratamiento de un adicto es su negación; es decir, cuando no es capaz de reconocer su enfermedad, ni el daño que les produce a él y a su familia. Sinceramente no lo ve.

Un buen punto de partida es lo que los especialistas llaman **intervención**.

El proceso fue descrito y enseñado por Vernon Johnson, y tiene por objeto penetrar la capa defensiva del adicto en negación y hacerlo percibir la realidad que está viviendo hasta que llegue a aceptar el tratamiento.

Los miembros de la familia y, eventualmente, amigos cercanos y superiores o colegas en el trabajo son preparados durante un par de sesiones para efectuar una reunión final de confrontación con el paciente.

Vernon Johnson, alcohólico rehabilitado, creador del Johnson Institute, trató a la esposa del presidente Ford. Describió algo sumamente importante no sólo para lo que es la teoría de la enfermedad sino en general para todo lo que significa la comunicación². Aclaró que al interior de la familia, entre los amigos y en cualquier relación humana, hay sólo dos tipos de contenidos que se pueden comunicar y que pueden ser aceptados por quien lo recibe:

1. **Deben ser hechos específicos.** Por ejemplo, cuando el marido de Lucía le dice: “El día que te trajeron los policías a la casa yo estaba solo con nuestros hijos”, es una situación bien delimitada. Ante esa conducta, Lucía no puede dudar; realmente ocurrió así.

Es muy importante que los familiares y personas cercanas aprendan a comunicarse de este modo porque en el círculo del consumo, las relaciones no suelen basarse en hechos específicos. Es decir, prima toda clase de afirmaciones como “tú siempre” o “tú nunca”. “Tú siempre llegas tarde”, “tú nunca me tomas en cuenta”. Y ese tipo de afirmaciones se recibe como una acusación o una descalificación. La persona afectada entonces se defiende, esgrime uno y otro argumento, porque aquellas aseveraciones no son enteramente verdaderas. La acusación no le llega.

2 Johnson, V. *Intervention*. Johnson Institute Books. Minneapolis. 1986.

2. **Los sentimientos** que despiertan las conductas de los otros es el segundo contenido posible de comunicar. Cuando el marido le dice: “Ese domingo que llegué a la casa y te encontré borracha, sentí que el corazón se me partía en mil pedazos”, es una afirmación imposible de discutir. Los sentimientos se sienten como tal, no es algo opinable o rebatible.

Pero, en general, es difícil comunicar los sentimientos. No es parte de nuestra cultura. Es típico que ante la pregunta: “¿Qué sientes?”, la respuesta sea más bien una opinión: “Yo pienso que...”. Es decir, no hay una expresión de sentimientos y toda opinión está sujeta a ser rebatida con otra opinión.

Los pacientes que sufren de adicción y los codependientes son personas que han llegado a tener una gran dificultad para experimentar, reconocer y expresar sus emociones. En las familias que existe un miembro adicto, la comunicación se vuelve indirecta, en círculos, con medias verdades, ocultándose los reales sentimientos que están detrás de las palabras y los gestos. Claudia Black, conocida autora en el campo de la codependencia, caracteriza el código comunicacional de estas familias como “no hables, no confíes, no sientas”³.

Por ello, uno de los objetivos importantes de la terapia de grupo y la terapia familiar es que los participantes aprendan o recuperen estas potencialidades emocionales. Los enfermos adolescentes las aprenderán porque, dada su edad, nunca alcanzaron a desarrollar estas capacidades. En cambio, deben recuperarlas quienes comenzaron a consumir ya maduros o quienes perdieron estas herramientas en el círculo de la codependencia.

En el curso del tratamiento, a las familias de los dependientes se les incentiva a usar estos mecanismos de comunicación. Al hablar sobre contenidos específicos, junto con expresar los sentimientos que van asociados a esos contenidos, comienzan a usar estas

3 Black, C. *It will never happen to me*. M.A.C. Printing and Publications Division. Denver. 1981.

herramientas que se requieren a lo largo de todo el proceso de recuperación.

Un buen ejemplo lo entrega la madre de Lucía, la joven esposa de Temuco:

—*Sabía que el lunes mi hija tenía terapia a las nueve de la mañana. Entré a su pieza y estaba durmiendo. Sentí una rabia atroz y un miedo terrible de que todo estaba fracasando. Me nació gritarle: “Estás volviendo a lo mismo, tú nunca aprendes, tú siempre nos defraudas, yo opino que todo esto está muy mal y que el tratamiento va a fracasar”. Sin embargo, esperé y por la tarde le relaté los hechos: “Yo entré esta mañana a las diez a tu pieza y te encontré durmiendo, cuando tú tenías que estar en terapia a las nueve. Sentí tanta pena...”*

Terapia de la codependencia

Los familiares afectados en codependencia necesitan de tratamiento. Lo primero que se requiere es que ellos comprendan y acepten que el sufrimiento vivido por el consumo de su familiar también les ha repercutido en su salud emocional. Están en el tratamiento no sólo para apoyar al enfermo, sino porque ellos también han llegado a enfermarse; por la codependencia están sufriendo y sus vidas se encuentran descentradas. Pedro, el joven abogado, recuerda:

—*Yo me lo tomé en serio. Mi familia también. Las terapias familiares nos ayudaron mucho. A mis viejos les sirvió para entender lo que es esta enfermedad y sacarse culpas. Para mis hermanas, fue súper bueno comprender que no era que me estaban dando un premio por dejar la crema, sino que lo había pasado muy mal.*

Hay dos instancias de tratamiento de la codependencia: la terapia familiar y la terapia de grupo entre codependientes, en la que se comparten las distintas experiencias junto a otros que atraviesan por la misma situación.

¿Qué ocurre con los roles en la terapia familiar?

Al comienzo del tratamiento las familias tienen temor de la terapia familiar; les asusta perder los roles que han mantenido hasta ese momento y volverse frías e indiferentes. “¿Cómo voy a dejar de proteger a mi hijo?”, se pregunta una madre.

El objetivo de esta terapia es que, al desaparecer el consumo como problema, las personas puedan ejercer su papel en forma natural y menos rígida. Su intervención de cara al paciente resultará más armónica y tendrá como resultado que éste logre ir desarrollándose y madurando. La intervención resultará gratificante para quien la ejerce. Por ejemplo, la madre mostrará su protección preocupándose de que el hijo siga bien su tratamiento y lo apoyará con afecto en sus momentos de debilidad. El padre se sentirá cómodo cuando controle que el hijo está cumpliendo con sus programas y horarios o cuando lo proponga tomar un curso para capacitarlo o cuando lo confronte frente a la tendencia a llegar tarde a sus terapias. Lo más probable es que el paciente en abstinencia acepte estos cuidados y observaciones, sea capaz de reconocer ahora que derivan del afecto que se le tiene y pueda, por lo tanto, aceptar sus errores.

Este tipo de situaciones son las que se elaboran en las terapias familiares. Y es lo que permite que estos patrones de conducta se vayan incorporando a lo cotidiano de la vida familiar. **En la medida en que el paciente va cambiando, la familia también lo hace.**

—*Mi vida familiar se ha compuesto en estos últimos años de manera increíble* —asegura Rodrigo, el empresario—. *Las terapias familiares ayudan a la relación. En mi casa nunca se hablaban las cosas. Yo era un drogadicto a full y nadie me decía nada. Llegaba completamente volado y nadie me enfrentaba. Como que había miedo. Ésa es la codependencia. Tienen miedo a que uno se vaya y miedo a aceptar: “Sí, tengo un hijo drogadicto de 28 años y está en los límites de la muerte”.*

Niños ante el consumo

Por lo general, las familias en tratamiento desean saber a qué edad los niños captan y se ven afectados por la situación de convivir con un dependiente. Las investigaciones han demostrado categóricamente que los niños desde los dos a tres años comienzan a experimentar la codependencia. En las familias afectadas se vive un clima emocional muy alterado, el ambiente se impregna de dolor, pena, rabia, miedo. Los niños son extremadamente sensibles y perceptivos de las emociones, no cuentan con defensas adecuadas y se permean con este clima enrarecido. Desconocen su origen, se llenan de fantasías y se angustian. En forma similar a los adultos, los niños enfrentan este dolor asumiendo ciertos roles.

Algunos autores consideran que los papeles se reparten de acuerdo a la secuencia entre los hermanos. El hermano mayor, los del medio y los menores. La experiencia clínica aconseja emplear una nomenclatura simple y descriptiva.

ROLES DE NIÑOS EN CODEPENDENCIA

- **Hipermaduro**
- **Rebelde**
- **Ausente**
- **Payaso**

Hipermaduro: Por lo general se da en los hijos mayores. Es el típico niño perfecto. Serio, responsable, cumplidor de normas y

buen estudiante. Actúa como adulto y muchas veces cuando el padre es el afectado participa en el tratamiento como si fuera pareja de su madre. Da opiniones muy fundamentadas y responsables.

El hipermaduro es considerado en la familia como el más sano de todos, desconociendo la realidad emocional de ese menor, que para cumplir su papel ha debido dejar de lado los comportamientos sanos y propios de la infancia. “Niño como si” se le ha llamado porque se comporta “como” si fuera adulto. Sin embargo, tarde o temprano su manera de ser le traerá problemas en su desarrollo emocional.

Rebelde: Un rol que se ve especialmente en los hijos del medio. Este niño piensa que las normas son para todos, menos para él. Por ejemplo, suele argumentar que es razonable que todos los estudiantes usen corbata en el colegio, menos él. Que todos tengan que tener cuadernos, pero él no los necesita. En su lenguaje, considera a todos “gansos” o “pernos”, y mira a sus pares con condescendencia. En su desarrollo se va convirtiendo en un joven desadaptado, en continuo conflicto con sus padres y profesores.

Ausente: Es el niño que suprime sus emociones y actúa como si nada le importara; en la casa y en el colegio es más bien apagado, pasivo, se guarda sus emociones, no tiene gran iniciativa. A medida que crece, la ausencia psicológica se puede ir convirtiendo en realidad. Hace sus tareas en casas de amigos, pololea y se casa muy temprano, a veces sin estar totalmente convencido, como un modo de escapar a su situación familiar.

Payaso: Este último rol con frecuencia es cubierto por los hijos menores, “los conchitos”. Es el pequeño que cuando aparece una situación de tensión familiar hace un chiste, bota por casualidad un florero, da vuelta la comida. Desvía la atención y la tensión del momento. Suele hacer lo mismo durante las sesiones de terapia familiar; cuando aparece una confrontación él se las arregla para que la familia se ría y se diluya el conflicto.

Si estos niños llegan a adultos cuando todavía su familiar adicto no ha sido tratado, o ellos no han participado del proceso terapéutico, estas características se perpetúan en forma de rasgos de

carácter que les hace sufrir y los desadapta. Esta patología ha sido descrita como hijos adultos de padres alcohólicos, terminología que debiera ser cambiada por hijos adultos de padres consumidores, ya que se observan secuelas similares en hijos de consumidores de marihuana y cocaína^{4, 5}.

El **hipermaduro** como adulto es una persona con un alto grado de autoexigencia y también muy exigente hacia los demás. Socialmente es un rol muy apreciado, ya que son personas que asumen grandes responsabilidades y que se sienten obligadas a cargar con las tareas que la mayoría elude. Es el médico que toma los turnos de fin de semana, el oficinista que acepta quedarse hasta más tarde, es el miembro del equipo de trabajo o de estudio que redactará el informe. Sin embargo, la autoexigencia lo lleva a desconocer sus necesidades emocionales vitales; vive cansado, puede tener síntomas psicósomáticos, depresión y agotamiento. Su familia lo recrimina porque privilegia sus obligaciones y es excesivamente exigente también en su hogar. Es una persona que en su dinámica emocional ha renunciado al componente infantil que tiene todo adulto y que se manifiesta en la vida cotidiana, en los momentos de intimidad, humor y relajación.

El **rebelde** tiende a perpetuar su comportamiento como adulto, lo que le reporta problemas conyugales y laborales. Sus jefes o su pareja no presentan el mismo nivel de tolerancia que sus padres frente a su proceder. En el ámbito del matrimonio, como en el trabajo, existen ciertas reglas de juego que de no ser respetadas por una de las partes, provocan rabia, frustración y finalmente rupturas. El rebelde es una persona a la que como adulto le espera una carrera laboral accidentada y sufre frecuentes rupturas de pareja.

El **ausente** mantiene de adulto su apagamiento emocional y su falta de compromiso. En la vida de pareja no opina ni

4 Cork, R. M. *The forgotten children*. Markham. Ontario. 1969.

5 Kritsberg, W. *The adult children of alcoholic's syndrome*. Bantam Books. 1988.

comparte. En su trabajo no tiene opiniones definidas, no expresa sus ideas, es rutinario y carece de iniciativa y creatividad.

El payaso es encantador en el primer contacto, pero tiene muchas dificultades para tomar con seriedad situaciones y problemas que así lo requieren; “nunca maduró”. Estas características repercuten negativamente en sus relaciones de pareja y en su actividad laboral.

Manejo del niño codependiente

Así como los niños tienen unos radares especiales para captar las emociones, son bastante plásticos para adecuarse a las circunstancias y basta que la madre, padre o el hermano adicto entre a tratamiento para que también él comience a mejorar. No es raro que mientras el adulto esté en la clínica, ya se note en el niño mayor tranquilidad y mejoría de su rendimiento y comportamiento escolar.

Contrariamente a lo que se piensa, cuando al menor se le explica en una forma prudente y de acuerdo con su edad la verdad de lo que ocurre con el papá, la mamá o el hermano, se le ayuda a disminuir su ansiedad. La realidad es siempre menos grave que la fantasía y conocerla tranquiliza. Así lo recuerda una joven madre:

—*Cuando me avisaron que mi marido chocó, mi hijo no lo vio durante varias semanas. Me dio pánico decirle que se encontraba internado en tratamiento por adicción, nunca lo había visto consumir. Pero él se imaginó que su papá tenía sida. Solamente se relajó cuando se le explicó la verdad y entendió por qué su papá estaba en tratamiento.*

La participación de los niños en la terapia familiar facilita y acelera la mejoría. En la medida en que se sienten actores de la recuperación se acrecientan su autoestima y seguridad personal. Asimismo, los grupos de terapia entre hijos pequeños de pacientes dan excelentes resultados. Se les ayuda a enfrentar sus preocupaciones, eliminar sus fantasías y miedos.

Algunos casos de niños rebeldes pueden requerir tratamiento individual y especializado. No obstante, la participación en la rehabilitación del adulto tiene un valor preventivo para estos menores.

Transmisión transgeneracional

Hoy se ha reconocido que existe un número de conductas patológicas que se transmiten de una generación a otra, no sólo por mecanismo genético, sino también por aprendizaje. El abuso infantil y la violencia intrafamiliar son algunas de ellas. Los especialistas en comportamiento infantil aseguran que prácticamente todos los abusadores de niños, cuando pequeños, sufrieron esta conducta de parte de algún adulto.

TRANSMISIÓN TRANSGENERACIONAL EN DEPENDENCIA QUÍMICA

- **Genética**
- **Modelo y oferta**
- **Hijo adulto dependiente químico**
- **Elección de pareja en hijo de dependiente químico**

La dependencia química es también una típica **condición transgeneracional**, que no se transmite solamente a través de los genes. Un mecanismo de transmisión muy importante es **oferta y**

modelo. Ciertamente, en las casas donde existe dependencia química hay abundancia de sustancias que modifican el ánimo: alcohol, tranquilizantes, analgésicos. Por ello, al comienzo del tratamiento, una de las medidas que deben tomarse es revisar cuidadosamente la casa del paciente en busca de estos elementos y se deben eliminar junto con el alcohol o guardar en un lugar no visible ni de fácil acceso para el enfermo.

En estas familias se encuentra abundancia de sustancias químicas dado que tanto las situaciones de alegría como de conflicto suelen enfrentarse echando mano a ellas. Los hijos, que desde pequeños descubren que esas estrategias parecen las mejores para enfrentar las dificultades de la vida, ven entonces que cuando el papá llega cansado y preocupado de la oficina pide: “Por favor, sírvanme un trago”, o la mamá después de un conflicto asegura: “Acabo de pelear con la empleada y me tuve que tomar un Rivotril”. Aprenderán que el adulto enfrenta las situaciones de alegría, de dolor o de conflicto tomando sustancias químicas. Muy distinto será aquel otro cuyo padre fue despedido, y llama a la familia, les explica la situación y les pide a todos que conversen acerca de “cómo vamos a actuar en relación con lo que está pasando”. Ése es un niño que probablemente aprenderá que los conflictos se solucionan buscando explicaciones y conversando.

Otro mecanismo de transmisión se da en los hijos adultos de padres dependientes químicos, en los cuales **se conjugan los factores genéticos con los rasgos de personalidad** que han adquirido como codependientes. Y aunque suele escucharse en boca de los hijos “Yo nunca caeré en el problema de mi papá” u “Odio la forma de actuar de mi mamá”, ello no significa una certeza de lo que ocurrirá en su futuro.

Los hijos **rebeldes** son los que tienen la más alta posibilidad de llegar a ser dependientes químicos cuando adultos. Actualmente en la sociedad uno de los signos de rebeldía es el consumo de sustancias: el niño rebelde fuma y empieza a tomar tempranamente y, como tiende a probarlo todo, lo más seguro es que también fume marihuana o pruebe otras drogas.

La elección de pareja en el hijo de dependiente es el último elemento que se suma a la transmisión transgeneracional. Por lo general, estos jóvenes aprenden a sobreproteger al adicto. Si se topan entonces con un pretendiente de estas características, aunque lo deje botado en medio de una fiesta o le sea infiel, enganchará con él. Y, de hecho, es frecuente entre los pacientes en tratamiento que descubren que su hija se ha enamorado de un joven con problemas de consumo o de alguno que incluso trafica.

Con el tiempo se van agregando a estas familias nuevos miembros que sufren de adicción. Sucede a veces que mujeres que se han casado con un hombre alcohólico y se separan de él justamente por los inconvenientes que acarrea esta conducta, encuentren otra pareja que sea también un consumidor.

Por su codependencia, el hijo del consumidor tiende a minimizar y aceptar las conductas de una pareja que consume y busca rescatarla de su enfermedad⁶.

Codependencia y repercusión social

Lo que hemos visto sobre la codependencia echa por tierra uno de los discursos más frecuentes de la persona en consumo:

—Éste es mi cuerpo y hago con él lo que yo quiera. Mi vida es mía y nadie puede meterse con lo que tomo o fumo.

Dicho lema del consumidor refleja un pensamiento muy arraigado en la sociedad. Es el mismo argumento que esgrimen aquellas mujeres que reclaman el derecho de hacerse un aborto sin el consentimiento de su pareja: “Este útero es mío”. El consumidor enarbola con mucho énfasis un discurso social de nuestra época.

La teoría de la codependencia prueba justamente todo lo contrario; por cada ser humano que consume hay alrededor de diez

6 Una discusión muy original sobre los mecanismos de transmisión transgeneracional se encuentra en Steinglass, P. *The alcoholic family*. Basic Books, 1993.

personas afectadas. No incide solamente en su generación, sino que también en las generaciones posteriores e incluso en descendientes que él no llegará a conocer.

La única manera de romper este círculo vicioso es que la persona enferma se trate. Era inocente de sus actos mientras vivía en la negación, pero cuando entiende su diagnóstico deberá asumir su responsabilidad. La familia y sus cercanos resultan claves para que desde el comienzo le exijan hacer su tratamiento de la forma como está estructurado. Como lo vimos en la actitud de Paloma y su marido frente a su hijo Tomás, hay que ser muy firme en esta etapa. Es más decisiva la claridad de la familia que la del paciente mismo.

V. REAPARECEN LOS SENTIMIENTOS: LA RECUPERACIÓN

En los últimos años se ha logrado desarrollar métodos integrales y de alto rendimiento en el tratamiento y rehabilitación de la adicción. Hoy se sabe cómo ocurre la recuperación y qué pasos son necesarios para la rehabilitación en esta enfermedad. Particularmente resulta vital que el paciente y su familia conozcan lo que ocurrirá durante el primer año de tratamiento, ya que los especialistas dominan muy bien lo que cabe esperar dentro de sus logros y acerca de las dificultades a las que se verán enfrentados. Los últimos estudios realizados muestran que en programas estructurados, hasta un 70% de los pacientes que han completado su tratamiento son capaces de mantenerse sanos durante el resto de su vida.

“Mis papás fueron un apoyo súper importante”

Como muchas personas rehabilitadas, el testimonio de Pedro —a quien conocimos en el primer capítulo— entrega grandes esperanzas. Vale la pena revelar más detalles de su historia.

—Internado te desconectas del mundo. Y es complicado no saber qué pasa afuera, ignorar dónde está tu gente. Pero adentro tienes mucho apoyo, entre todos se ayudan. Es fundamental saber que hay gente que está bien y te dice: “Vas a salir. ¡Dale!”.

Todas las personas que están empezando el tratamiento siempre tienen un tema recurrente, obsesivo, que en su mente es el equivalente a consumir. Para uno era la fábrica de puertas, y le daba con la fábrica de puertas, si bien la empresa había quebrado hacía bastante tiempo. Otro quería ir a manejar e insistía en conducir un auto.

Yo me lo tomé en serio. Mi familia también. Las terapias familiares nos ayudaron mucho. A mis viejos les sirvió para entender lo que es esta enfermedad y sacarse culpas. Para mis hermanas fue súper bueno comprender que no era que me estaban dando un premio por dejar la crema, sino que lo había pasado muy mal.

En la clínica tomé la decisión de dejar la droga. Nunca tuve una discusión con los médicos y terapeutas. Eran excelentes profesionales, de lo contrario, me los hubiera comido con zapatos, porque yo soy entador, prepotente. Intelectualmente, he estudiado hartito, no me vienen con estupideces.

Mis viejos fueron un apoyo súper importante para salir adelante. En todo momento creyeron en mí. Nunca me pusieron en duda. Nunca.

Mi tía, la que fue fundamental para que ingresara a rehabilitación, me iba a ver todos los días a la clínica. La polola que tenía en ese momento también. Cuando era hora de irse, ella se sentaba en su auto afuera en la calle y yo la miraba por la ventana. Mi sobrina chica me visitaba y jugábamos. Mi papá se sentaba conmigo a ver los partidos de fútbol, a pesar de que tenía problemas en su trabajo; también mi mamá se instalaba por las tardes. Mi hermana chica, que tenía 12

años, no podía ir, se ponía a llorar. Varios de mis amigos también se mojaron el pellejo por mí.

Al salir de la clínica pasé un período difícil. Los primeros cuatro o cinco meses no quería salir de la casa. Estaba destrozado, física y anímicamente. Ves el futuro horroroso: ¡Me quedan dos años de este sistema!, me repetía. No daba más.

El chaperón es un capítulo aparte. El primero fue un cargante re-lamido, estudiaba para profesor de castellano. Le hacía la pata a mi mamá. ¡Empezó a competir conmigo!

Felizmente, después me pusieron una vieja. ¡Extraordinaria! Tenía sus caídas. Pero ella fue más importante que nadie.

Estuvo conmigo. Contagiaba su alegría. Vamos, salgamos a caminar, usted conoce a unas niñas y yo vigilo me decía. Me hacía sémola con leche y lograba que comiera. Después, cuando quise bajar de peso, me controlaba la comida. Me acompañó a kung-fu. Mi papá me había advertido que nunca me pagarían un curso de artes marciales, porque yo podía matar a alguien. Pero después, rehabilitado, llegué a cinturón altísimo. Ella me ayudaba, se sentaba a esperarme. Me conocía las pololas, me cubría las espaldas.

Hasta el año tenía chaperón el día completo. Después me lo eliminaron en las noches y al final me liberaron sábado y domingo.

Intelectualmente estaba también muy disminuido en todas mis capacidades. Lograba leer una línea y paraba. Así y todo logré estudiar para mi examen de grado. No me pusieron un siete, pero me fue súper bien. Fue real. Volví a trabajar en marzo de 2000. De a poquito, de a poquito.

Las ganas de volver a consumir no se acaban nunca. Hay distintos momentos. Están esas borracheras secas, en que uno se pone como si estuviera loco. Mi mujer se da cuenta y se mata de la risa. Para mí es la mejor salida, tomármelo con humor, porque es terrible de complicado.

Sin duda que me gustaría drogarme, sin duda. Pero el desastre que me queda en la vida no me lo mamo. Pierdo todo. De partida, mi matrimonio. En la oficina podría quedar un problema de proporciones grotescas. Y lo más grave es que yo me hundiría.

Soy precavido, trato de no exponerme. Todos los que me rodean

saben mi historia y me ayudan. Estamos en una comida y si algún plato tiene alcohol, me lo cambian, se lo comen ellos. Me ponen más canapés, aunque la cosa ya no se hable. Tengo mi propio Antabús (medicamento aversivo del consumo de alcohol) con mi señora. Ella me cuida mucho. Siempre conversamos sobre los niños que queremos tener. Creo que con los hijos hay que ser muy honesto y firme. Debo darles la información que yo tengo. Esto es genético. El tema es cuándo decírselos.

Lo importante es que me vean trabajar y jugármela. Mi papá me dio muchos discursos, valen callampa. A mí lo que me importa es lo que he visto. Quiero a mis papás por lo que son, no por lo que me hablaron.

ESTRATEGIAS DE RECUPERACIÓN

Cada testimonio lo confirma: la enfermedad adictiva afecta todas las esferas de la vida de quien consume; hay compromiso físico, emocional, social, familiar, laboral y espiritual. Por este motivo, el tratamiento psicológico o psiquiátrico habitual no es suficiente ni adecuado. Se requiere la aplicación conjunta de diversos procedimientos terapéuticos, por lo que la rehabilitación es tarea de equipos multidisciplinarios capaces de efectuar el abordaje terapéutico múltiple.

Un punto esencial a considerar es que este tipo de enfermedad es exógena. A diferencia de cualquier otra afección psicológica o mental, que viene desde la persona, es decir, endógena, la adicción es provocada por una sustancia externa que incorporamos al organismo. Cada día de consumo se está más enfermo que el día anterior, pero, inversamente, cada día que se deja de consumir se está mejor. Por lo mismo, para enfrentar esta enfermedad crónica, determinada por el consumo, el tratamiento debe apuntar a alcanzar la abstinencia absoluta y definitiva de toda sustancia adictiva.

La enfermedad se ha desarrollado a lo largo de muchos años y ha significado una transformación profunda del paciente y su familia. El consumo ha ido creando condicionamientos que hacen que la persona asocie su trabajo, su diversión, su vida social, la solución de sus problemas y conflictos al uso de sustancias que modifiquen su ánimo. Por ello el tratamiento de adicción es prolongado. La experiencia demuestra que el proceso de rehabilitación de un adicto no dura menos de dos años.

Como vimos en los capítulos anteriores, en tanto el trastorno

familiar forma parte integral de la estructura de la familia, resulta fundamental entonces que la familia esté incluida en el marco del tratamiento. Cada pariente directo debe conocer la enfermedad y modificar las dinámicas que han favorecido su progresión y cronificación.

La falta de lucidez para elaborar y fijar las experiencias y el síndrome emocional de la dependencia química producen una detención en el desarrollo de la personalidad, que es más evidente en quienes inician su consumo tempranamente en la vida. Por esta razón, el tratamiento debe tener una perspectiva evolutiva, que favorezca el desarrollo de la personalidad del paciente.

Si bien la adicción es una enfermedad primaria, existen factores personales, familiares y ambientales que han favorecido su desarrollo. El tratamiento debe incluir la modificación de los factores facilitadores que hicieron posible el comienzo y la fijación del consumo.

Se sabe, por ejemplo, que un dependiente adulto de alcohol consulta a un especialista después de transcurridos no menos de diez años desde que comenzó a beber, y que un adicto a la cocaína ingresa a tratamiento en un promedio de cinco años después que tuvo su contacto inicial con la droga. Pero todos poseen ciertas características en común, independiente de las sustancias de las que hayan abusado. El paciente que ingresa a rehabilitación se encuentra en consumo activo. En general, a través de su vida, si bien tiene una sustancia de elección, ha consumido varias de ellas. Sin embargo, cualquiera haya sido su elección, sobre un 90% de los pacientes han abusado de alcohol.

Etapas fundamentales

Según se ha podido establecer tras la experiencia desarrollada en los últimos años, la recuperación es un proceso gradual. Se distinguen dos fases en un programa de rehabilitación integral. La primera etapa intensiva o aguda, que dura alrededor de dos meses, y una etapa de rehabilitación prolongada, que se extiende por dos años a partir del ingreso del paciente.

La condición inicial requiere que en muchos casos la etapa de tratamiento intensivo deba efectuarse en ambientes de internación. Los objetivos básicos de esta primera etapa son:

- Alcanzar la abstinencia, tratar los síndromes de privación y comenzar la desintoxicación.
- Crear en el paciente conciencia de enfermedad y de la necesidad de abstinencia y de tratamiento.
- Comenzar el tratamiento de la codependencia y preparar a la familia para participar adecuada e informadamente en el proceso de rehabilitación.

La fase de rehabilitación prolongada tiene varios objetivos:

- Prevenir recaídas, proceso característico de toda condición crónica y conducir al paciente a una abstinencia estable.
- Reparar el daño emocional y cognitivo causado por la enfermedad, reparar la autoimagen y valoración de la persona en rehabilitación.
- Tratar la codependencia y restituir la dinámica familiar de colaboración y afecto.
- Facilitar la reinserción social, laboral o estudiantil del paciente.

TAREAS DE LA RECUPERACIÓN

1. Abstinencia e identidad (“soy enfermo”)
2. Reparación de autoimagen
3. Recuperación de capacidades intelectuales
4. Recuperación de relaciones familiares y sociales
5. Capacidad de enfrentar conflictos y problemas sin sustancias adictivas

Tras adecuadas terapias de grupo, familiares y personales, va mejorando el funcionamiento cerebral del paciente, su comportamiento, sus relaciones con las otras personas, su vida familiar, su capacidad para estudiar o trabajar.

Abstinencia e identidad: “Soy enfermo”

El núcleo del ser humano está constituido por un conjunto de relaciones significativas con su familia, con su entorno social, con sus amigos, con su trabajo o estudio, con sus valores y creencias, con sus hobbies. La droga entra en la vida de la persona, quien forma una relación emocional afectiva con la sustancia: confía en su efecto, la cuida, la protege, se obsesiona con asegurar su suministro. Por las características de la droga, este vínculo se va fortaleciendo y crece de manera que destruye los otros lazos del sujeto. La droga desplaza a la familia, a los amigos, al trabajo.

El tratamiento consiste básicamente en separar a la persona de la droga, tanto física como mentalmente. Se deben asegurar las condiciones para que olvide la droga. Por esta razón debe evitar todo contacto con la sustancia adictiva, como asimismo con personas, situaciones o lugares que le recuerden su consumo. A medida que el nexo con la droga se va distendiendo, el paciente podrá comenzar a restablecer los vínculos significativos que le permitirán rehabilitarse y mantenerse sano. Un tratamiento que sólo elimina la droga, pero no se preocupa de restablecer las relaciones sanas del paciente, inevitablemente terminará en fracaso y recaída.

Al paciente no le es fácil enfrentar el cambio. De allí que la rehabilitación requiera del apoyo familiar y de terapeutas firmes, pero afectuosos y acogedores. Asimismo, para lograr el éxito resultan esenciales las llamadas medidas de protección: no frecuentar lugares ni personas ligados a la historia de consumo, proveer al paciente de un ambiente libre de sustancias adictivas, muchas veces

acompañamiento terapéutico, no disponer de dinero y no manejar vehículos apoyarán el bienestar del paciente durante su proceso de rehabilitación.

La abstinencia es un proceso que cala profundo en la identidad. En un primer período de su recuperación, el adicto deja de beber o “jalar” porque tiene una imposición externa, lo invade la rabia y la demuestra en todo su comportamiento. Se siente muy mal. Lo vimos en el caso de Pedro, Rodrigo, Lucía y el hijo de Paloma. Si bien prometen una y otra vez que dejarán la droga, se reconocen angustiados, insatisfechos, no aceptan la intervención de los demás.

Sin embargo, dentro del tratamiento, el segundo período de abstinencia es distinto. A través de una serie de talleres el paciente analiza su biografía, su conducta, cómo han sido sus relaciones con la familia. Hay un momento en que se da cuenta de que lo suyo no es un mal hábito o costumbre, sino que está enfermo. Entonces ya no está enojado con los que lo rodean, puede establecer mejores relaciones con su familia, con su trabajo, no siente que la gente está contra él, presionándolo.

Cuando comprende que está en él mantener una abstinencia y logra esa conducta de sobriedad, se ha alcanzado lo que se conoce como **conciencia de enfermedad**¹.

La persona entiende que es un enfermo porque lo ha incorporado a su ser íntimo, a sus rasgos característicos de quién es y cómo es. Anexar a la propia identidad ese dato objetivo es sin duda un proceso doloroso. Al comienzo es un ejercicio intelectual, porque el enfermo identifica las diferentes pérdidas que su vida ha experimentado por causa del consumo:

—*Yo perdí plata*—dice la mayoría—, *perdí a mi señora, me alejé de mis hijos, choqué el auto...*

1 En relación al tema de la abstinencia es muy importante conocer el programa de Alcohólicos Anónimos que se presenta resumido en *A simple program. A contemporary translation of the book of alcoholic anonymous*. Hyperion, 1996.

Cada cual toma conciencia de sus pérdidas. Más adelante y en la medida en que va recuperando la capacidad emocional y normalizando sus sentimientos, empieza realmente a valorar lo que significan esas pérdidas:

—*¿Cómo pude haber deshecho tantos afectos entrañables? ¿Cómo pude haber caído tan bajo...?*

Sin embargo, ese proceso emocional que se comienza a vivir para consolidar la abstinencia no se desarrolla conjuntamente para todas las sustancias que el afectado ha usado. Por ejemplo, un consumidor de cocaína y alcohol desarrolla mucho más rápido la conciencia de enfermedad con la primera sustancia. Acepta que con la cocaína sufrió grandes pérdidas, pero frente al trago su actitud es menos inmediata:

—*A lo mejor en un año más, después del matrimonio de mi hija... intentaré no beber más alcohol.*

Por lo general, los enfermos empiezan a fantasear, no reconocen que pueden tener problemas con otra sustancia.

En el caso en que se ha usado alcohol y tranquilizantes, la conciencia de enfermedad, en cambio, se suele desarrollar más rápido con el alcohol:

—*Pero cómo no voy a poder tomar una tabletita si estoy tan nervioso* —argumentan.

Avanzado en el tratamiento, puede captar que su enfermedad consiste en ese afán de echar mano a cualquier sustancia que pueda modificar su estado de ánimo y, por consecuencia, termina por aceptar que su abstinencia se debe extender a toda sustancia adictiva.

Reparación de autoimagen

Una segunda tarea fundamental del tratamiento tiene que ver con la reparación de la autoimagen, francamente dañada luego que una y mil veces la persona fracasó luego de asegurar:

—*Yo voy a terminar con esto, lo controlaré, no puedo ser tan estúpido.*

Con un firme propósito pretendió de verdad dejar la droga, pero no pudo. No solamente el adicto se lo prometió a sus seres queridos en reiteradas ocasiones, también se lo dijo a sí mismo otras tantas. Sus fracasos se repitieron periódicamente como una dosis inyectada en forma permanente a través de la vida. Su autoestima quedó entonces sepultada.

La autoestima, como vimos, se desarrolla desde pequeño, cuando el niño sintió que sus padres, abuelos, profesores, aprobaban y aplaudían sus actos. Más tarde, el concepto que se tiene de sí mismo se fortalece con la seguidilla de aceptaciones de los pares. Con ese mismo ritmo de estímulos positivos el enfermo debe recomenzar a fortalecer su autovaloración.

En este punto, los pacientes suelen objetar a sus terapeutas:

—*Cómo pretenden que yo recupere la autoimagen, si no me dejan manejar plata, me tienen con acompañante terapéutico, vigilan para que me tome los medicamentos; no confían en mí.*

La verdad es que sólo logran ir recuperando su autoestima al comprobar que son capaces de mantener la abstinencia. De este modo, cuando los pacientes cumplen un año de tratamiento sin recaídas, resulta muy positivo entregarles un galvano en la terapia de grupo. Durante la ceremonia se resume cómo fue el tratamiento y se le incentiva a que él hable. Las medidas de protección resguardan la abstinencia, y éste es el único logro capaz en ese momento de devolverle la autoestima.

El reconocimiento de los demás: un “estás bien”, “te notamos mucho mejor”, “lo estás logrando en tu trabajo”, “has cambiado en este aspecto”, son asimismo las señales externas que ayudan a que la persona se vaya sintiendo mejor consigo misma. Pero, en definitiva, quien logra la abstinencia es el paciente.

Recuperación de capacidades intelectuales y emocionales

El nivel de toxicidad que las drogas inducen en el cerebro queda amargamente expuesto cuando los pacientes ingresan al tratamiento. Todas las sustancias producen alteraciones severas del funcionamiento intelectual. En un porcentaje considerable de los pacientes existe deterioro psicorgánico y en algunos se detectan alteraciones cerebrales estructurales. Así lo expresa Pedro:

—Intelectualmente estaba también muy disminuido en todas mis capacidades. Lograba leer una línea y paraba.

Su capacidad de memoria, concentración y de estar alerta es deplorable en relación a como era originalmente. Incluso durante los primeros meses, su deteriorado funcionamiento intelectual puede comprometerse más todavía como expresión de la abstinencia. La falla en la memoria obliga a algunos a anotar absolutamente todo. Es también frecuente que los afectados admitan que no pueden ver televisión porque les es imposible captar al mismo tiempo una escena y leer el subtítulo.

No es recomendable, por lo tanto, que vuelvan prematuramente a sus actividades profesionales, aunque muchas veces los familiares y ellos mismos presionen por lograrlo; si se someten a una exigencia demasiado intensa, de estudio o laboral, con sus capacidades intelectuales reducidas, la angustia los invade y aumenta la posibilidad de recaída.

Al año de tratamiento se percibe una recuperación de las capacidades intelectuales. Para lograr ese proceso de mejoría se incentiva a mantener al paciente estimulado a participar de las cosas, aunque ello pase por hacer oído sordo a su malhumor.

Un abogado que estaba en tratamiento por consumo de alcohol, al constatar que tenía su memoria destrozada, empezó en la misma clínica a hacer palabras cruzadas. El resolver puzzles le estimuló el vocabulario y lo ayudó, de paso, en su autoestima.

Otro paciente en pleno tratamiento acota:

—*Yo me estoy ayudando con una grabadora. En ella voy tomando apuntes cuando tengo que hacer cosas importantes. Lo mismo si tengo que escribir una carta; como la cabeza a veces va más rápido que la mano, primero la dicto y luego la escribo. Si incluso se me ha olvidado cómo firmar, y más de una vez me han devuelto los cheques del banco.*

Como se ve, la persona va recuperando sus capacidades intelectuales y comienza a ser capaz de cumplir en forma adecuada actividades previamente pauteadas; no obstante, la iniciativa, espontaneidad y creatividad se logran sólo al final de su rehabilitación.

Los pacientes recuperados informan que vuelven a sentir su potencialidad después de unos cuatro años de abstinencia. Rodrigo, el empresario, lo resume bien:

—*Me dieron de alta a los dos años y medio. Yo vine a experimentar mi mejoría como a los dos de haber salido. Ahí me empecé a sentir conforme, alegre. Ahora me despierto en la mañana con ganas, hago ejercicio, corro, me siento feliz.*

La recuperación de la iniciativa está íntimamente ligada al renacer de la vida de los sentimientos y las emociones, que estaban embotados por el consumo y la enfermedad. En la fase inicial de la recuperación, el paciente realiza sus actividades y se pone en contacto con las personas más cercanas; sin embargo, esto no le resuena en su interior. Gradualmente y con gran satisfacción van reapareciendo sus sentimientos y poco a poco van siendo capaces de identificarlos y hablar de ellos. Un momento muy importante de la evolución se produce cuando el paciente empieza a vivir con alegría reuniones o actividades que pensaba que privado de la droga nunca más podría volver a gozar. Finalmente, llega a experimentar sentimientos en sus relaciones familiares que nunca antes había logrado. El mismo Rodrigo argumenta:

—*Todo lo que me rodea, mi casa, mi fábrica, me lo he ganado a pulso. He realizado cosas maravillosas en lo laboral, maquinarias que jamás se habían construido en Chile. Me fascina mi trabajo, mis clientes me aprecian mucho. A medida que el tiempo me ha ido alejando*

del consumo, del tratamiento y de todo, mejor me he ido sintiendo. Yo creo que la recuperación es que puedas vibrar. Abrazar a tu madre. Apasionarse con los afectos.

Reinserción familiar y laboral

La recuperación de las relaciones humanas es también gradual.

En un comienzo, una de las terapias que más le cuesta enfrentar al enfermo es aquella en la que participa toda su familia. Para él, todavía sus grandes enemigos son aquellos cercanos que se oponían a su consumo. De a poco entiende que estaban preocupados por él porque lo quieren. Entonces se van estableciendo vínculos de colaboración. El paciente requiere de su familia para recuperarse. Es uno de los puntos esenciales de este proceso.

La terapia de grupo es muy importante para que pueda ocurrir la mejoría. En dichos encuentros el paciente es acogido y aceptado, puede ser él mismo, aprende a establecer vínculos, a respetar al otro; actitudes y conductas necesarias para la vida cotidiana que después aplicará ya fuera del tratamiento.

La rehabilitación incluye ayudar a la persona a recuperar las relaciones sociales. Con los adultos no se presenta mayor dificultad porque su círculo es relativamente limitado. El hombre y la mujer pasados los 40 se mueven entre la familia y un par de amistades.

Con los jóvenes, el asunto es diferente. El centro de la vida de los adolescentes lo conforman sus compañeros, sus amigos. Y si bien se hace necesario que el joven en tratamiento corte con sus viejos compañeros de consumo, curiosamente se da que muchos empiezan a recuperar amistades sanas, de otros períodos de su vida. Descubren a alguno que consideraban el "ganso" de la clase como una persona entretenida y valiosa.

El joven en tratamiento frecuentemente pierde un año de clases, se desvincula por tanto de sus compañeros y muchas veces de su colegio o universidad. Pero cuando se reincorpora al estudio, ya recuperado, identifica muy bien a las personas

sanas que le convienen y ahí establece sus nuevas redes sociales.

Por lo demás, en general la acogida de la gente hacia las personas que están en recuperación es muy buena, no así hacia los que están consumiendo.

La experiencia nos ha enseñado que es muy conveniente que los pacientes adultos tomen algún curso de perfeccionamiento o posgrado durante el período de rehabilitación. El estudio, además de ser un estímulo para sus capacidades intelectuales, permite a menudo establecer relaciones sanas.

La reinserción laboral es difícil en muchos casos; ya sea por la capacidad que se encuentra desmejorada o porque la persona tiene relaciones de consumo dentro de su puesto ocupacional. Por fortuna, cada vez hay más apertura de parte de las empresas para trabajar el tema. Jefes y terapeutas buscan dentro de la misma empresa maneras de establecer las medidas de protección, cambian al sujeto de sección, ejercen un control de los pares. Incluso a veces las familias intervienen en este aspecto. Un especialista recuerda el siguiente caso:

—Uno de nuestros pacientes trabajaba en un ministerio. Viajaba a Valparaíso varios días a la semana; entonces su papá conversó con las secretarías para que ayudaran a cuidarlo, y ellas establecieron un contacto con nosotros y los familiares. Eso se llama red de apoyo.

Enfrentar conflictos sin droga

Los hombres y mujeres que usan drogas van progresivamente ligando más actividades de la vida al consumo. Por ejemplo, si logran un éxito laboral o reciben una buena noticia familiar, tienden a festejarlo con consumo. Lo mismo les ocurre en un aniversario, un cumpleaños. Pero también un fracaso, una angustia, un estrés se acompaña con consumo. Aprenden entonces a enfrentar los problemas y los conflictos con el uso de sustancias adictivas, al punto de que no saben cómo hacerlo sin ellas. Las personas normalmente tenemos problemas, situaciones que no dependen de

nosotros y conflictos internos; muchas veces dudamos: “¿Hablo o me callo?”, “¿Me quedo o me voy?”. Es vital, entonces, que el enfermo adquiera la capacidad de enfrentar las situaciones externas positivas o negativas y su interioridad, las angustias, las penas, los dolores, sin uso de las sustancias adictivas. Rodrigo, hoy empresario y padre de tres hijos, lo resume así:

—He logrado todo lo que me he propuesto. En el camino he ido recobrando mis sentimientos, el amor por mí mismo y los demás. He vuelto a sentir cariño entrañable por mi esposa, mis hijos. Y en mi trabajo he conseguido cosas que jamás hubiera pensado. Creo que esto ha resultado así por mi persistencia y por aprender a ocupar todas las herramientas que me dieron durante el tratamiento. Aprendí a decir lo que siento y me pasa. Al aceptar esa realidad, uno se va liberando y dando el tiempo y la tranquilidad para lograr lo que realmente quieres.

Este punto es la esencia de la rehabilitación, y cuando el paciente da ese paso está prácticamente asegurada su recuperación definitiva. Una vez que es dado de alta, la mujer o el hombre recuperado comprueba que hay vida sin sustancias, aunque sufra nuevos duelos, atravesase dificultades económicas o experimente conflictos con sus hijos. Cada vez que logra enfrentar su realidad con lucidez, limpio de sustancias, se fortalece su autoimagen y se hace más sólido su compromiso con la abstinencia.

Pedro, protegiendo los logros que ha alcanzado en su vida afectiva junto a su joven esposa y como un exitoso abogado, hoy asegura:

—Sin duda que me gustaría drogarme. Pero el desastre que me queda en la vida no me lo mamo. Pierdo todo. De partida, mi matrimonio. En la oficina podría quedar un problema de proporciones grotescas. Y lo más grave es que yo me hundiría. Soy precavido, trato de no exponerme.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE CAMBIO

1. Aprendizaje

- Imitación
- Ensayo/error

2. Proceso oscilante: avances – detenciones – retrocesos

3. Tendencias regresivas

4. Conflictos

- Dependencia – independencia
- Identidad – desidentificación
(pertenencia – no pertenencia)

Revivir: un proceso de aprendizaje

El proceso terapéutico de un dependiente químico difiere de la imagen habitual de una terapia psicológica. En este caso no se da que el terapeuta ayude al paciente a detectar contenidos psíquicos que le eran ocultos o desconocidos y que, al descubrirlos, se alcance una mejoría instantánea. Se ha comprobado que la rehabilitación es un aprendizaje; aprendemos a vivir en sobriedad, tal como incorporamos un idioma, un deporte, un oficio o profesión. Por ello, la curva de mejoría es la típica de los procesos de aprendizaje².

2 Brown, Stephanie. *Treating the alcoholic. A developmental model of recovery*. John Wiley and Sons. 1997.

La rehabilitación es un cambio progresivo en las conductas, actitudes, percepciones y sentimientos que el paciente va experimentando y haciendo suyo. De allí que se requiera de un método de trabajo. Es necesario que la persona en necesidad de rehabilitación se someta a horarios, se le entreguen pautas, conozca normas y reglamentos.

Su aprendizaje tiene lugar a través de dos mecanismos. Uno es la **imitación**, fundamental para aprender. Los pacientes imitan a personas que ellos respetan dentro de la familia, y que les sirven de modelo; también durante las terapias de grupo se identifican e imitan al terapeuta y a alguno de los pares. Se fijan en aquel que les resulta más afín, ya sea porque consumía lo mismo o trabajaba en algo parecido, y que hoy se encuentra en una etapa más avanzada de su recuperación.

El otro mecanismo por el cual aprende se llama **ensayo y error**. Todo paciente en rehabilitación va a vivir ciertos problemas tipo. Uno muy común es la decisión que debe tomar acerca de confesar o no su adicción cuando busca estudiar o trabajar, cuando se encuentra con viejos conocidos, o cuando toma contacto con nuevas relaciones o intereses sentimentales. Hay quienes le aconsejarán durante su terapia en grupo que es más sencillo contar la propia historia para ir pasando una y otra valla. Así le ocurrió a Antonio, dado de alta hace seis años, hoy ingeniero comercial a punto de viajar a Estados Unidos para hacer su magíster.

—En un momento de mi rehabilitación decidí continuar mis estudios en Santiago. El día anterior a una entrevista que debía entablar con la encargada académica les consulté a mis compañeros de terapia: ¿Cuento de mi tratamiento y que estuve metido con la droga? Algunos me instaron a no revelarlo; otros, en cambio, me aconsejaron contar la verdad. Finalmente decidí quedarme callado, pero me entregaron un horario totalmente incompatible con mi tratamiento: “No queda otra que hablar”, me dijeron mis mismos compañeros en rehabilitación. La jefa de estudios de la universidad me acogió y aconsejó inscribirme en el horario vespertino. “A esa hora va pura gente interesada en estudiar y no a revolverla”, me aseguró. Desde ese día, siempre

que algún nuevo compañero tenía este dilema yo le relataba mi experiencia y lo empujaba a contar la firme.

Avances, detenciones, retrocesos

Pero como cualquier aprendizaje, el curso de la recuperación es también oscilante. Hay períodos en los que el paciente percibe que va avanzando y otros en que le parece que está igual, e incluso puede haber momentos en que siente que retrocede. Ello significa que algo está madurando adentro de la persona, un nuevo aprendizaje en su rehabilitación. Poco a poco, las oscilaciones comienzan a hacerse menos intensas y la mejoría se vuelve más estable. Es muy importante para las familias saber que la rehabilitación no es un proceso lineal y que deben mantener la calma y la esperanza cuando el paciente parece que estuviera detenido.

A las familias les inquieta especialmente la latencia de la mejoría de la iniciativa y de los sentimientos. Les cuesta creer que esa persona que ahora no consume, pero se muestra apagada, inexpressiva, desinteresada, pueda llegar en un momento a ser normal y productiva. Es muy importante que la terapia pueda tranquilizar a la familia y ayudarla a mantener viva su esperanza.

Rodrigo, el empresario, confiesa sus sentimientos en medio de la rehabilitación:

—Me costó mucho sufrimiento. Porque cuando dejas de consumir experimentas una existencia plana; imagínate un año que no sientas ni una emoción, ni de risa, ni de pena, ni de nada... Pero qué monótono es vivir, dice uno. Me quería morir porque yo no concebía una vida sin droga, a pesar de estar en tratamiento e intentar entender...

No obstante, reconoce:

—Sin familia no resulta la rehabilitación. Yo entré a tratamiento, al igual que todos, por los demás. Por uno, ojalá que nunca dejaras de consumir, pero habían confiado en mí. Primero le tenía que deber a alguien estar sano.

Todo terapeuta sabe que la evolución de cada paciente es diferente. Sin embargo, a modo de orientación, podríamos generalizar que alrededor del año de tratamiento tienden a desaparecer las oscilaciones anímicas y se produce la recuperación de gran parte de la capacidad intelectual. A esa altura del proceso disminuyen los deseos de consumo y al paciente le es más fácil mantener su abstinencia. En el curso del segundo año va reestructurándose la personalidad y disminuyendo la impulsividad. Más lenta en recuperarse es la capacidad de iniciativa, el empuje vital y la capacidad de autoestructurarse. Los pacientes van alcanzando mejoría en este aspecto hacia el final del segundo año de tratamiento; pero como lo señalan nuestros testimonios, la mejoría se consolida después de unos tres a cinco años de abstinencia.

Tendencias regresivas

Quienes han usado durante largo tiempo droga no saben o han olvidado cómo es el mundo de la sobriedad y, por lo tanto, les da mucho temor enfrentarlo. Ese miedo se expresa en lo que se llaman tendencias regresivas; es decir, tienen comportamientos más infantiles de los que corresponderían a su edad. Por ello es frecuente que los pacientes saquen a los papás de la cama y se vayan a dormir con la mamá, o que se duerman entre ambos. Piden que les rasquen la nuca, se acurrucan. No es infantilismo, ocurre en forma normal cuando las personas intentan una tarea difícil. Es necesario acogerlos.

Muchas veces, en estos períodos de tratamiento, el afectado puede estar muy callado y no muestra ganas de conversar, pero es bueno acompañarlos aunque sea sin hablar, estar al lado, darles la mano; necesitan ese refugio.

Es importante que la familia valore las tendencias regresivas como positivas, ya que representan la otra cara de la abstinencia; un paciente que muestra este tipo de comportamiento ha comenzado a comprometerse con su abstinencia y

rehabilitación. Este período dura, en general, algunos meses.

Pablo, el joven abogado, lo expresa bien:

—Mis viejos fueron un apoyo súper importante para salir adelante. En todo momento creyeron en mí. Nunca me pusieron en duda. Nunca. En la clínica, mi papá se sentaba conmigo a ver los partidos de fútbol, a pesar de que tenía problemas en su trabajo; también mi mamá se instalaba por las tardes.

Con respecto a su acompañante terapéutico dice:

—Felizmente, después me pusieron una vieja. ¡Extraordinaria! Tenía sus caídas. Pero ella fue más importante que nadie. Estuvo conmigo. Contagiaba su alegría. “Vamos, salgamos a caminar, usted conoce a unas niñas y yo vigilo, me decía”. Me hacía sémola con leche y lograba que comiera. Después, cuando quise bajar de peso, me controlaba la comida.

Conflictos en el camino a la mejoría

Los seres humanos viven todo proceso de cambio con temor e inicialmente de un modo ambivalente. Aunque sepan que lo que les espera después del cambio será para mejor, siempre están presentes la incertidumbre y la dificultad de dejar la situación actual en la cual uno ya ha aprendido a manejarse.

La persona en rehabilitación no es una excepción. En este proceso de cambio que vive durante el primer año de tratamiento experimenta, asimismo, dos conflictos interiores, producto de tendencias opuestas que actúan al mismo tiempo: uno es el conflicto de **dependencia–independencia**. Explicado en términos bien concretos, quiere decir que el enfermo, en el fondo, se divide en dos seres dentro de él; los pacientes le llaman un “Manuel bueno” y un “Manuel malo”. El primero le dice: “Tú estás enfermo, en realidad has consumido mucho, te tienes que acercar a tu familia, debes hacer lo que te aconsejan tus seres queridos y tus doctores, ése es el camino para mejorar”.

La otra voz, en cambio, le habla así: “Puede que estés un poco

enfermo, pero no es para tanto la cosa. En el fondo tú eres una persona grande y los doctores no te tienen por qué estar imponiendo tanta miseria; está bien que te quiera tu familia, pero todo tiene un límite. Debes mantener tu libertad...”.

Es normal que los pacientes vivan este conflicto de dependencia–independencia. Los terapeutas procuran que lo expresen en las terapias y le ayudan a resolverlo.

El segundo conflicto que enfrentan es de **identidad–desidentificación**. Por momentos se saben enfermos y en otros se sienten completamente diferentes al resto de sus pares en tratamiento. Por ejemplo, cuando recién se hospitaliza alguien en la clínica, los padres o el cónyuge llegan muy rápidamente a hablar con el terapeuta y aseguran:

—Parece que nosotros nos equivocamos de tratamiento. Porque Juanito nos dice que todos los otros están terriblemente graves y que él es el más leve del grupo.

La mayoría realmente no se considera en absoluto grave. Y así lo aseguran. No se sienten que pertenecen al grupo.

Otro modo por el que suele desidentificarse el enfermo es por la edad. Los jóvenes rápidamente tienden a decirles a las familias:

—Yo en este tratamiento no tengo nada que hacer porque aquí hay puros viejos eternos. Hay señoras que hablan puras leseras, de su trabajo, sus hijos...

Por su parte, los más adultos aseguran a sus parientes:

—Se han equivocado de tratamiento porque aquí está lleno de chiquillos, sus padres les pagan la rehabilitación, no necesitan ganarse la vida, son unos mocosos; yo no tengo nada que hacer en este lugar.

También presentan desidentificación con respecto a la sustancia que han usado. Y es que, en general, se procura mezclar diferentes grupos dentro de la terapia. A los que han hecho adicción con la cocaína les cuesta identificarse con la evolución más plana del consumidor de alcohol. Los adictos al alcohol demoran en reconocer que su enfermedad pueda ser la misma que ha provocado las conductas descontroladas exaltadas y bizarras que han desarrollado los dependientes a la cocaína.

Siempre que existen conflictos, el trabajo psicológico busca la manera de resolverlos. En el caso de los adictos en recuperación terapéutica el conflicto se extiende todo el primer año de tratamiento e incluso a veces más.

Estos conflictos, normales durante el primer año de tratamiento, se trabajan en profundidad durante la terapia individual y de grupo. Se incentiva al paciente a que se exprese y, de paso, se le advierte a la familia que estos síntomas son parte del proceso.

El conflicto identidad–desidentificación se resuelve cuando el paciente profundiza en su conciencia la enfermedad y llega a aceptar que más allá de las diferencias con sus pares en tratamiento es importante descubrir lo que los une. Eso ocurre cuando logran reconocer que cada uno de ellos es una persona que ha consumido sustancias químicas que han terminado por descontrolar y desestructurar su vida. En ese momento descubren, por ejemplo, con respecto a la edad, que los jóvenes les sirven a los mayores para ver cómo ellos comenzaron. Reconocen su propia historia:

—*A mí cuando adolescente me pasaba lo mismo que a este otro chiquillo. Empecé igual.*

Por su parte, al joven le sirve el testimonio del adulto para darse cuenta de la importancia de actuar a tiempo.

Comprueban, asimismo, que todos están graves en algún sentido, pues uno lo está en cuanto a su situación familiar y el otro respecto de los accidentes que tuvo o la depresión que se le produjo... Empiezan a entender que la gravedad es un concepto mucho más amplio y bastante más difícil de medir.

El conflicto dependencia–independencia se soluciona cuando el paciente comprueba que toda actividad en la vida requiere cumplir ciertas reglas del juego. Que cualquier logro necesita esfuerzo, aceptar las restricciones y optar. Al término hay una recompensa.

Toda libertad que adquirimos en la vida viene precedida por un período previo en el cual experimentamos limitaciones o restricciones. Es lo que nos ocurrió en el colegio, en la universidad o en los primeros trabajos. El paciente logra

entender que llegará el momento de alta y que podrá tener mayor manejo de dinero y horarios. Ésos han sido los requisitos para poder alcanzar un grado real de autonomía. En esta etapa el paciente comprende que esas medidas fueron necesarias para liberarse de su gran esclavitud, aquella que de verdad lo tenía atrapado en un angustioso callejón sin salida. Se da, en definitiva, un proceso normal de cambio dentro de un sistema de aprendizaje en que se le enseña a vivir de nuevo. El premio es la libertad frente a la droga: la sustancia ya no decidirá sus conductas, horarios ni relaciones.

Abordaje múltiple

Como se ve, la rehabilitación es ayudada por distintos procedimientos que se emplean conjuntamente; es lo que se ha llamado técnica de abordaje múltiple. En síntesis, el modelo ofrece las siguientes formas terapéuticas:

- **Terapia de grupo:** procedimiento esencial en el tratamiento del dependiente químico, ya que le permite ver en el otro lo que no puede ver en sí mismo. Ofrece a los pacientes un marco comprensivo, no enjuiciador, en el que puede expresar sus conflictos y discutir su evolución con personas que han vivido sus mismas experiencias. Aprenderá también en el grupo a establecer relaciones interpersonales basadas en la verdad y autenticidad.

- **Terapia individual:** aquí el paciente puede discutir en profundidad los problemas y conflictos que le son propios. Uno podrá discutir el conflicto que siempre ha sufrido con su padre, otro revisará el desorden de su situación financiera y un tercero mirará en profundidad aspectos de su personalidad que no le agradan.

- **Terapia familiar:** componente fundamental de toda rehabilitación, es un proceso que requiere de ambientes protegidos para que el paciente efectúe los cambios necesarios. Estos ambientes son el grupo de terapia y la familia. La terapia de familia ayuda a resolver los conflictos en el seno más íntimo del

hogar y crea las condiciones para acompañar al paciente en su proceso de mejoría. A lo largo de los dos años de tratamiento, los familiares reconocen su papel en la codependencia y van logrando establecer un sistema más sano y eficaz de relación.

Algunos programas constan, además, de terapias de grupo de codependientes que ayudan en este proceso.

- **Educación del paciente y su familia:** en el campo médico ya nadie duda que la educación es un componente esencial para lograr que los tratamientos sean eficaces. Se busca que el paciente y su familia tomen un papel activo, producto de la información que ellos han adquirido en forma sistemática al comienzo del tratamiento.

- **Control médico psiquiátrico:** el tratamiento debe incluir la participación de médicos especialistas que evalúen periódicamente el estado psicológico e indiquen las medidas terapéuticas necesarias. Con frecuencia, el paciente adicto requiere psicofármacos durante su tratamiento.

Medicamentos en la rehabilitación

La introducción en los años 50 de fármacos en psiquiatría significó una revolución terapéutica, pues la especialidad se insertó de lleno en la medicina y se benefició de sus modelos de tratamiento de enfermedades crónicas, lo que permitió mejorar significativamente su efectividad.

Los psicofármacos son medicamentos que modifican muy específicamente los estados psicológicos anormales. Los antidepresivos mejoran todas las manifestaciones de la depresión y sirven para tratar el pánico y las fobias. Los neurolépticos o antipsicóticos actúan mejorando la conciencia de realidad, eliminando las alucinaciones e ideas delirantes y disminuyendo la impulsividad; además son muy útiles para tratar los períodos de exaltación o manía que se presentan en el curso de la enfermedad afectiva. Los ansiolíticos son moléculas que encuentran su aplicación en el tratamiento de la ansiedad, la

tensión y el insomnio. Las sales de litio y algunos anticonvulsivantes son muy efectivos para mantener la estabilidad anímica y prevenir la reaparición de episodios depresivos y maníacos.

Sin embargo, la primera generación de psicofármacos presentaba efectos laterales, que si bien no eran por lo general riesgosos, eran molestos y limitaban su empleo.

En los últimos años el avance de las neurociencias ha conducido al desarrollo de nuevos medicamentos, mucho más específicos y con menores efectos laterales. Algunos son antidepresivos, como fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina, venlafaxina o la mirtazapina. Otros como olanzapina, quetiapina, risperidona o ziprasidona son antipsicóticos.

Los medicamentos juegan un papel muy importante en la rehabilitación, ya que al normalizar el estado psicológico básico permiten que el paciente comprenda e incorpore los contenidos psicológicos y educativos de las terapias.

Los psicofármacos se emplean en el tratamiento de la adicción con múltiples objetivos:

- **Tratamiento del síndrome de privación**, como las benzodiazepinas durante algunos días en la eliminación de alcohol y tranquilizantes.

- **Aversión y reducción de deseos de consumo**. El medicamento típico es el disulfiram (Antabús), que provoca una reacción tóxica cuando la persona consume alcohol y que, según estudios recientes, también reduciría los deseos de consumo de cocaína. Medicamentos como acamprosato y naltrexona también reducen el deseo de consumo de alcohol. Flupentixol decanoato reduce los deseos de consumo de cocaína³. En el tratamiento de la adicción a la heroína y otros opiáceos se emplean con éxito metadona, LAAM y buprenorfina.

3 Carrol, K.M. y cols. *Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent patients: a randomized placebo controlled trial*. Archives of General Psychiatry 61: 269-278, 2004.

- **Control de la impulsividad.** Este síntoma central de la dependencia química se reduce con anticonvulsivantes, como carbamazepina, oxcarbamazepina y ácido valproico y, también con neurolépticos.

- **Tratamiento de estados psíquicos anormales**, que pueden ser sintomáticos al consumo corresponder a una enfermedad psiquiátrica coexistente (comorbilidad). Puede tratarse de depresión, exaltación o manía, trastornos de ansiedad o síndromes paranoideos, que se controlan con medicamentos específicos. Numerosos estudios han demostrado que el tratamiento simultáneo de la adicción y del trastorno psiquiátrico mejora significativamente el pronóstico del paciente.

Los familiares del enfermo manifiestan con frecuencia temores en relación al tratamiento farmacológico y tienden a atribuirle muchos síntomas que el paciente experimenta inevitablemente en el curso de su recuperación, especialmente la desmotivación, el desánimo y la apatía, que corresponden a la privación. La experiencia demuestra que esta apatía la manifiestan igualmente los pacientes tratados con escasos medicamentos.

En general, los medicamentos en el tratamiento de la adicción se emplean en dosis moderadas y a menos que el paciente sufra de otra enfermedad concurrente, como enfermedad afectiva, esquizofrenia o trastorno ansioso, finaliza su rehabilitación sin medicamentos.

Las benzodiazepinas están contraindicadas de por vida en la persona que ha desarrollado una dependencia. Esta contraindicación es poco conocida y muchos médicos e incluso psiquiatras las recetan, dando origen a procesos de recaída.

Comorbilidad o diagnóstico dual

La experiencia clínica demuestra que en un porcentaje significativo de pacientes coexiste la dependencia química con alguna otra enfermedad psíquica o trastorno de la

personalidad. En la literatura especializada esta coincidencia de dos patologías se denomina comorbilidad o patología dual. Un muy amplio estudio epidemiológico acerca de las enfermedades psiquiátricas en los Estados Unidos efectuado en 20 mil personas de cinco lugares diferentes de residencia, el Epidemiological Catchment Area, demostró que 37% de los pacientes adictos sufrían paralelamente de otra comorbilidad. A su vez, 29% de las personas con trastornos psiquiátricos desarrollan a lo largo de su vida una dependencia química, lo que representa un riesgo 2,7 veces mayor que el resto de la población⁴. Investigaciones posteriores, incluidos estudios efectuados en nuestros pacientes, concuerdan en que aproximadamente 40% de los adictos que ingresan a tratamientos sufren además de otra condición psiquiátrica.

Algunas de las comorbilidades más frecuentes son la enfermedad afectiva bipolar, antes llamada psicosis maníaco-depresiva; trastorno de ansiedad, pánico y fobias; alteraciones de la personalidad; déficit atencional residual, y bulimia-anorexia.

El consumo afecta profundamente la vida emocional y exalta la impulsividad, por lo que puede imitar o agravar cualquier patología psiquiátrica preexistente. Provoca violentas oscilaciones anímicas que simulan bipolaridad. El efecto de las drogas en el cerebro produce las mismas manifestaciones que son características del trastorno de personalidad: impulsividad, difusión de la identidad, inmadurez, predominancia de afectos negativos y desorganización de la conducta. El consumidor de marihuana o de estimulantes puede desarrollar psicosis con alucinaciones e ideas delirantes que pueden confundirse con un cuadro esquizofrénico. Las dependencias químicas y los trastornos del impulso alimentario, la anorexia y la bulimia, comparten la misma base neurobiológica⁵; no

4 Regier, D. A. y cols. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. Journal of the American Medical Association 264: 2511-2518, 1990.

5 Wang, G. J. y cols. *Brain dopamine and obesity*. Lancet 357 (9253): 354-357, 2001.

es raro que en la recuperación el paciente adicto coma en exceso como un modo de compensar la abstinencia, engorde y se autoinduzca vómitos.

Es habitual que la abstinencia y la recuperación se acompañen de mejorías sorprendentes del estado psicológico y del funcionamiento de la personalidad, y se compense o desaparezca la sintomatología de pacientes que aparecían como muy enfermos cuando estaban en consumo activo. Por esta razón, acostumbramos a no formular el diagnóstico de comorbilidad hasta después de no menos de un año de abstinencia continuada.

La adicción y la comorbilidad interactúan y se agravan mutuamente. No se trata de que coexistan paralelamente, una al lado de la otra, sino que constituyen un círculo vicioso que las mantiene activas y con muchos síntomas.

Por ejemplo, si el paciente sufre además de una enfermedad bipolar, es común que presente fases muy intensas y bruscas de depresión y euforia, durante las cuales a su vez aumenta el consumo. Una paciente que es primariamente anoréxica puede usar anfetaminas para adelgazar todavía más. Los anorexígenos suprimen el apetito y alejan de la realidad, profundizando la anorexia.

Es por ello que la adicción y los síntomas de patología dual deben tratarse paralelamente. Antes se pensaba que la adicción era un síntoma de la enfermedad psíquica coexistente y que bastaba tratar esta última para que se mejorara la adicción. Hoy se sabe que tratar conjuntamente la comorbilidad y la adicción mejora significativamente el pronóstico a largo plazo del dependiente químico^{6, 7, 8}.

El error más frecuente que se observa en este campo tiene que ver con pacientes que consumen alcohol y drogas y están

6 Geller, B. y cols. *Double-blind and placebo-controlled study of lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependence*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37 (2): 171-178, 1998.

7 Nunes, E. V. y cols. *Imipramine treatment of opiate-dependent patients with depressive disorder*. Archives of General Psychiatry 55: 153-160, 1998.

8 Brady, K. T. y cols. *Exposure therapy in the treatment of post traumatic stress disorder*. Journal of Substance Abuse Treatment 21 (1): 47-54, 2001.

deprimidos. Es muy atractivo pensar que el paciente está deprimido y consume para aliviar los síntomas depresivos. En realidad, lo opuesto es lo más frecuente: el consumo es lo que ha deprimido al paciente. Los médicos tratan entonces al paciente exclusivamente con antidepresivos, los que por supuesto no son efectivos en este caso para modificar la depresión ni las conductas adictivas.

Medidas de protección

Al comienzo de su rehabilitación, la persona no es capaz de mantener por sí sola la abstinencia; está impulsiva y asediada por los deseos de consumo. Las medidas de protección que se aconsejan incluyen el empleo de un acompañante terapéutico, el que actúa como un yo auxiliar, recordándole que está en tratamiento y que busca la abstinencia, lo que en forma automática reduce sus deseos de consumo y ordena su conducta⁹.

Como es obvio, el paciente no debe frecuentar amigos, lugares o situaciones que asocie al consumo. Tampoco en el primer tiempo debe disponer de ninguna forma de dinero (efectivo, cheques, tarjetas de crédito que le permiten sacar dinero de cajeros). También es recomendable que no maneje vehículos, ya que son condiciones que generan omnipotencia y facilitan la recaída.

La experiencia demuestra que las medidas de protección reducen en forma dramática el porcentaje de recaídas de pacientes en tratamiento. Además, al disminuir los deseos de consumo, las medidas de protección hacen posible que el paciente deje espacio a otros temas e intereses que puede llevar a sus terapias.

9 Una caracterización detallada de la función del acompañante terapéutico, como asimismo de sus fundamentos teóricos, se encuentra en Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. *Acompañantes terapéuticos* (Actualización teórico-clínica). Letra Viva, 2003.

Efectividad cuantitativa

Seguimientos efectuados en nuestros pacientes que han completado hasta quince años desde que iniciaron su rehabilitación demuestran que se recuperan alrededor del 70% de quienes cumplen su programa de tratamiento. Los resultados coinciden con los descritos por otros grupos de trabajo en el extranjero.

El porcentaje de éxito es muy similar para las distintas sustancias de abuso: alcohol, tranquilizantes y otros medicamentos, marihuana, anfetaminas, cocaína. No influyen en el porcentaje de éxito la edad del paciente ni los años de consumo.

La causa más importante de fracaso es el abandono prematuro del tratamiento, conducta en la que es esencial la actitud de la familia.

Aproximadamente el 70% de los pacientes alcanza su rehabilitación sin presentar recaídas. El otro 30% tiene recaídas durante el tratamiento, lo que no compromete el resultado final del proceso. Independiente de la sustancia abusada, las recaídas más frecuentes son con alcohol. Es la de más fácil acceso.

¿Cómo elegir un tratamiento eficaz?

Trece principios claves

Existen muchos tipos de tratamiento para la adicción: ambulatorios, con hospitalización breve, residenciales o en comunidad terapéutica.

El National Institute of Drug Abuse de los Estados Unidos (NIDA) ha conducido extensos estudios para evaluar la efectividad de estas modalidades terapéuticas. El Drug Abuse Treatment Outcome Study, cuyos resultados se hicieron públicos en 1997, siguió por lo menos durante un año a 10 mil pacientes adictos que habían recibido tratamiento en casi cien programas diferentes en once ciudades. El estudio demostró que todas las formas de tratamiento eran efectivas en términos de control del consumo,

bienestar psicológico, mejoría del estatus laboral y disminución de actos contra la ley.

A partir de los resultados de estas investigaciones, el NIDA logró identificar trece principios que aseguran efectividad en el tratamiento y que hicieron públicos en diciembre de 1999¹⁰.

1. **Ningún tratamiento es igualmente efectivo para todos los abusadores o adictos a sustancias químicas.** Debe disponerse de una gama de programas, intervenciones y servicios para elegir el más adecuado a las necesidades del paciente.
2. **El tratamiento debe estar disponible en forma rápida y expedita.** Si la familia ha decidido consultar o la persona ha aceptado ingresar a tratamiento, es crucial aprovechar de inmediato la oportunidad, de lo contrario puede reaparecer la negación.
3. **El tratamiento debe atender la totalidad de los problemas del paciente.** El consumo no es lo único que lo afecta. El proceso de rehabilitación debe abordar los problemas médicos, psicológicos, familiares, laborales, vocacionales y legales del paciente.
4. **Tratamiento flexible con evaluaciones periódicas.** Cada paciente requiere una combinación específica de servicios y componentes del proceso de rehabilitación. Una evaluación continua permite introducir las modificaciones que ajusten el plan del tratamiento a las necesidades evolutivas del paciente.
5. **Permanencia en el tratamiento por un período adecuado es un factor crítico para la efectividad de la rehabilitación.** Por ello, los programas deben incluir estrategias que prevengan el *drop-out* o abandono prematuro del tratamiento.
6. **La terapia individual y/o de grupo y otras formas que**

10 National Institute of Drug Abuse. *Principles of drug addiction treatment. A research-based guide.* NCADI publication BKD347, 1999.

- modifiquen el comportamiento son componentes críticos de un tratamiento eficiente de la adicción.** Permiten que el paciente desarrolle motivación y habilidades para mantener la abstinencia, reemplace el consumo por actividades placenteras libres de droga y mejore su capacidad de resolver problemas y conflictos.
7. **Los medicamentos son un elemento muy importante en el tratamiento** de muchos pacientes, especialmente combinados con terapias psicológicas y del comportamiento.
 8. **Tratamiento integrado de la adicción y de otros problemas psicológicos o mentales asociados.** Con frecuencia los pacientes adictos presentan alteraciones de su funcionamiento psicológico o de su personalidad (comorbilidad) que se influyen recíprocamente con la dependencia y que deben ser tratadas en forma paralela.
 9. **La desintoxicación médica es sólo el primer paso en la rehabilitación,** controla los síntomas de abstinencia y es un precursor para un tratamiento efectivo de la adicción.
 10. **El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.** Sanciones legales, presiones de la familia o laborales pueden obligar al paciente a ingresar a tratamiento, lo que aumenta significativamente el inicio, la mantención en el proceso y el éxito del programa.
 11. **Durante el tratamiento debe monitorearse permanentemente el posible uso de droga.** Exámenes periódicos de detección de drogas, como por ejemplo en orina, ayudan al paciente a resistir sus deseos de consumo y permiten diagnosticar precozmente la eventual recaída.
 12. **Los tratamientos deberían incluir la detección y diagnóstico de enfermedades infecciosas como HIV/sida, hepatitis B y C y tuberculosis.** Es importante educar al paciente e inducir en él cambios de comportamiento que eviten conductas de riesgo.
 13. **La recuperación de la adicción puede ser un proceso prolongado y frecuentemente requiere más de un período de tratamiento.** Al igual que otras enfermedades crónicas, pueden

ocurrir recaídas durante o después de un tratamiento exitoso. La participación en grupos de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos o similares, puede cooperar a mantener la abstinencia.

VI. CUANDO EL FANTASMA REAPARECE: LA RECAÍDA

Las enfermedades médicas, excepto las infecciosas y las operables, son todas crónicas. En tanto el paciente mantiene la conciencia que la sufre y cumple con las medidas indicadas, se mantiene normal. Pero basta que pierda ese foco de atención y se relaje en su autocuidado para que reaparezcan los síntomas de la enfermedad. La dependencia química no es una excepción. “Este paciente está en proceso de recaída”, suele escucharse entre los médicos, porque la recaída no se produce puntualmente; es un proceso psicológico o mental que requiere de una serie de etapas previas al consumo mismo, que de alguna manera alertan la posibilidad de detenerlo o prevenirlo.

Silvana: “Mi marido estaba deshecho”

Silvana es una mujer fuerte, hija de europeos; alta, rubia, lleva con gran prestancia sus más de 70 años. Tal vez por eso conmueve verla quebrarse al recordar su lucha desde que descubrió a su hijo de 40 años atrapado en la droga. Llegó incluso a investigar y dejar por escrito esas experiencias para que sirvieran a otros a “salir de este infierno”. Nos recibe en su departamento, cercano a Bellavista, junto a su celoso y pequeño perro.

—*Gracias a Dios hoy mi hijo Daniel está bien. Desde que fue dado de alta, cero droga y alcohol. No obstante, creo que quedan secuelas en su carácter. Todavía le cuesta expresar sus sentimientos, se queda como bloqueado en ese aspecto. Está separado de su primera mujer, vive con una joven que tiene un hijo y hace por ese pequeño lo que jamás hizo por sus dos hijos propios.*

Daniel se casó primero a los 22 años, dejó embarazada a su polola cuando no había terminado sus estudios. En ese momento empezó a beber. De adolescente ya fumaba marihuana. Siempre ha sido muy trabajólico. Pero los fines de semana tomaba en exceso. Llegó a tanto que un día domingo lo enfrenté y le insistí en que fuera a ver un médico. Me lo negó. Desgraciadamente su esposa en un principio no reaccionó bien frente a su adicción. Cuando regresaba a la casa, para mantenerlo a su lado, le ofrecía un trago.

Finalmente, Daniel aceptó ver a un psiquiatra, quien lo sacó del alcohol. Pero durante una junta de recibimiento a su hermano que estaba en el extranjero encontró un buen motivo para comprar droga.

Tengo cuatro hijos y una hija, la menor. El segundo estaba furioso con este hermano. Todavía lo está. Los otros viven en Europa.

Yo siempre lo vi como un enfermo que necesitaba ayuda. Mi marido como que no creía, pensaba que él tendría que mejorarse solo.

Cuando Daniel cumplió 40 años, su señora lo sorprendió haciendo un papelillo de cocaína. Me lo confidenció. Como madre llamé al psiquiatra que lo trataba y le comenté de su nueva práctica. Pero el doctor lo negó y me tildó de sobreprotectora. Sólo me recibiría en su consulta con autorización de mi hijo, su paciente.

Daniel accedió, aunque me aseguró nuevamente que él era capaz de dejar la droga en cualquier minuto. Su médico lo derivó con un psicólogo. Pero antes tuvo la buena idea de hacer prometer a mi hijo que, si se lo requeríamos, se haría un examen de orina.

Era evidente que Daniel seguía consumiendo droga, dejaba polvo de cocaína en el baño. Pero él continuaba negándolo. Comenzó a fallar en su trabajo, llegaba atrasado en la mañana y se retiraba antes de las seis de la tarde. Su mujer, aburrida de su comportamiento, lo echó de la casa. Yo lo recibí en la mía. Era mi hijo y no iba a permitir que anduviera de un lado para otro, quizás adónde habría ido a parar. Lo veíamos cada vez peor. Recuerdo que una mañana entré como a mediodía a su cuarto. Estaba sentado en la cama con pijama.

“Te traigo desayuno”, le dije. Él continuó con su mirada fija, no me contestó y se quedó así hasta casi al anochecer... Yo estaba aterrada.

Consumía solo. Se abastecía en la calle, en el centro, en un estacionamiento de autos.

Finalmente su padre le pidió que se hiciera el examen de orina. Accedió tan tranquilo que mi esposo me comentó, confiado: “Estoy seguro de que saldrá negativo”.

Cuando me aprestaba a buscar los resultados, Daniel, mofándose, me aseguró que iba a hacer el ridículo más espantoso; según él, esa muestra contenía Coca-Cola, té y agua sucia. Pero no era verdad. El resultado fue positivo.

Nos convencimos de que había que recurrir a un especialista en adicción.

Esa mañana llegó temprano mi hijo menor, también lo hizo la señora de Daniel, estábamos mi esposo y yo. En familia lo encaramos y le dijimos que debía acompañarnos a la consulta siquiátrica para que se le hiciera una evaluación. Nos vio tan convencidos que no le quedó más remedio y subió al auto. Lo llevamos con mucho cuidado, pensando que en cualquier esquina abría la puerta y se escapaba. Mi marido se quedó en la casa. No pudo acompañarnos; en ese momento estaba deshecho. Se negaba a aceptarlo.

Al doctor le aseguró que dejaba la droga en cualquier momento. Se paró y quiso irse. Pero su hermano le habló muy decidido. Gracias a la

mediación del doctor, quien le explicó con gran sabiduría qué convenía hacer, finalmente aceptó y comenzó su tratamiento.

Un verdadero vía crucis al principio. Lo veíamos medio atontado, como un estropajo. Rabioso y furioso: “Están botando la plata, yo no necesito esto, es una estupidez”, nos replicaba.

Pero yo nunca dudé, sabía que estábamos haciendo lo correcto, que cualquier otro camino sería peor. Solos, nosotros no éramos capaces de sacarlo adelante. Un día incluso me recriminó a mí por lo que estaba pasando. “Tú firmaste el papel para que me metieran aquí”.

“Sí”, le contesté. “Aunque tú me odies, sé que es lo mejor para ti”.

Sus hijos sufrieron mucho. En ese tiempo la niña tenía como 13 años. El niño estudiaba en la universidad.

Nosotros con mi marido hablábamos a toda hora del mismo tema. Tomábamos un taxi y todos los días lo íbamos a visitar. Era espantoso. Porque nos insultaba y gritaba que todo era malo, los doctores eran unas bestias; las enfermeras, unas brujas; la comida, pésima.

Poco a poco fue tranquilizándose. Cuando lo dieron de alta, con chaperón, volvió junto a su esposa. Comenzó a tener más libertad. Primero salía con el acompañante terapéutico, después con sus hijos. Venían para acá los días domingo. Empezó a ir a trabajar por horas. Todo parecía mejorar.

Pero al cabo de un tiempo, la relación con su esposa volvió a quebrarse. Estaba otra vez irritable e intranquilo. Se vino nuevamente a vivir a mi casa. Dormía mal. Le daba por caminar a las tres o cuatro de la mañana. Me levantaba, lo abrigaba. Lo volvía a acostar. Una noche en que no estaba el chaperón cayó desvanecido. Y le volvió a ocurrir en dos o tres oportunidades.

Otro día en que lo dejé durmiendo su habitual siesta de cuatro a seis, yo aproveché para ir a mostrarle un examen a mi doctor. Demoré casi una hora. Después supe que él había salido. Pasaron dos o tres días y me di cuenta de que trabajaba con mucha dificultad, ni siquiera podía firmar. En otra oportunidad me pidió permiso para ir al taller a llevar la camioneta. Demoró más de lo previsto y fui al taller, pero nadie lo había visto. Lo enrostré a su regreso, pero él me contestó: “Yo sé que no puedo hacer tonteras”.

Había vuelto a consumir. Recayó. Cuando yo salí había aprovechado para ir a La Victoria a abastecerse. Sólo después, ya de vuelta en la clínica a la que debió ingresar nuevamente, y cuando estaba recuperado, admitió que muchas veces pensó en cómo volver a consumir.

“Para mí la droga es la maravilla más grande del mundo”, aseguró.

“¿Y todo el sufrimiento que nos hiciste pasar?”, le dije. “Estuvimos a punto de vender nuestro departamento, que es lo único que tenemos después de cincuenta años de matrimonio con tu padre para pagar tu recuperación. Tú mismo debiste pasar por el infierno”. Así le decía a la clínica... Él guardó silencio.

Volver a vivir con un chaperón era casi insostenible, llegaba todos los días, se sentaba. Había que atenderlo.

Daniel estaba ausente, no lo podíamos sacar de su encierro. Coordinaba muy mal todos sus movimientos. Había que darle de comer, ayudarlo a vestirse.

Sin embargo, después de la recaída se puede decir que comenzó su recuperación. Parece que cayó en la cuenta. Parece que se miró a sí mismo. Comenzó a salir a caminar todas las tardes. Era espantoso verlo, parecía un mono, un tremendo hombre como es él, de un metro noventa caminando en forma completamente insegura... No se lo doy a nadie...

Recuerdo que cuando recayó nos pidieron que no fuéramos a verlo, pero igual entramos y lo vimos con su pijama todo transpirado, como un animalito y nos suplicaba que lo sacáramos de allí, que no lo dejáramos... Fue terrible.

“Te queremos, Daniel”, le grité. “Es por tu bien, sabes que cuentas con nosotros...”.

Cuánto dolor. No se lo doy a nadie.

Su hermano se puso furioso al verlo recaer: “No lo quiero ver más en mi vida. Ya no es mi hermano, no quiero nada con él”, aseguró.

Entonces había que repetirle que así es esta enfermedad maldita, que es probable que la persona recaiga. Lo más curioso fue que junto con Daniel estaba en la clínica una joven en su misma situación que le sentenció:

“De todos nosotros, tú eres el primero que se va a salvar”.

“¿Por qué?”, le respondió Daniel.

“Porque si tú sigues consumiendo, te va a dar un ataque epiléptico, que te puede causar la muerte”. Esa frase fue fundamental.

Daniel comenzó su rehabilitación en 1997 y fue dado de alta en 1999. Siguió con su tratamiento psicológico por un tiempo más. La terapia familiar también nos ayudó mucho, sobre todo cuando las relaciones con Daniel se complicaban. La profesional nos aconsejaba que debíamos marcar la cancha. Pero en ese sentido mi marido es muy malo para exigir o prohibir. A mí me faltó ese apoyo.

Gracias a Dios las cosas han cambiado, nuestra relación mejora con el tiempo. Hoy padre e hijos trabajan juntos. Daniel se ha hecho cargo de las finanzas y ha luchado por sacar adelante la empresa.

Aprendí que hay que estar muy alerta y no creer cuando los hijos nos dicen que “es solo un carrete”, que “todos lo hacen”. Es necesario saber con quién se juntan, qué panoramas hacen, a qué hora vuelven. Es cierto que hay niños que no enganchan y que luego de probar pueden salir, pero ¿quién nos asegura que el propio no será uno de tantos que caen en este infierno?

SIEMPRE ALERTA

Daniel, como todos los demás entrevistados, luchó por sanarse, pero los deseos de consumo reaparecen en quienes tratan de dejar la droga. Si bien se repiten en forma más espaciada y menos intensa, a medida que transcurre el tiempo de abstinencia vuelven en forma espontánea o, lo que es más frecuente, son provocados por circunstancias que recuerdan el pasado. Así le ocurrió también a Rodrigo, hoy prestigiado empresario. Todavía en recuperación, salen de repente a la calle, se topan con un conocido con el cual consumieron o pasan por un lugar donde lo solían hacer, y vuelven a sentir los deseos de consumir. De allí la necesidad de ciertas medidas de protección mientras no se está preparado para enfrentarse con esta inclinación.

Hoy se conoce con exactitud qué ocurre en el cerebro de una persona en recuperación cuando vive situaciones que le recuerdan su pasado. Un grupo de investigadores de la Universidad de Pennsylvania estudió la reacción cerebral de pacientes en tratamiento por consumo de cocaína y la compararon con la que experimentaban adultos que nunca habían probado la droga. Los participantes observaron un video con imágenes y sonidos que simulaban la compra, preparación y el consumo de cocaína. Enseguida vieron otro video que mostraba viajes y paisajes naturales. Usando un sofisticado método para medir flujo sanguíneo cerebral, la tomografía de emisión de positrones (PET), se observó en los adictos en abstinencia que cuando veían las imágenes referentes a la droga experimentaban deseos de consumo junto con activarse núcleos cerebrales del circuito del placer y de la emoción; pero lo anterior no les ocurría cuando observaban el video de los paisajes. En los no consumidores

ninguno de los videos les provocaba cambios descritos en los dependientes. El deseo de consumo produce entonces una reacción cerebral similar al consumo mismo¹.

El experimento descrito explica lo que los enfermos suelen llamar “borrachera seca” y “volada gratis”. Ambas sensaciones suelen presentarse en algunos pacientes en rehabilitación y en abstinencia comprobada. Pueden ser autoinducidas o espontáneas y, en las horas siguientes, muestran un comportamiento similar al que tenían en la época de consumo activo, tanto que la familia sospecha que se ha producido una recaída.

RECAÍDA

- La recaída es un proceso en el cual reaparecen las conductas adictivas y la negación.
- Eventualmente culmina en consumo de la misma sustancia abusada o de otra sustancia adictiva.

Qué es la recaída

Los especialistas definen la recaída como un proceso en el cual reaparecen las conductas adictivas y la negación y que, eventualmente, culmina en consumo de la misma sustancia abusada o de otra de ellas.

El “deseo” de consumo se manifiesta en el comportamiento.

1 Childress, A. R. y cols. *Limbic activation during cue-induced cocaine craving*. American Journal of Psychiatry 156 (1): 11-16, 1999.

Nadie consume de nuevo de buenas a primeras. La recaída es un proceso que se va desarrollando en el tiempo. No es un fenómeno puntual y aislado, como suele irrumpir un terremoto o una tormenta.

El proceso psicológico de la recaída se caracteriza por dos tipos de fenómenos. Uno es la reaparición de conductas antiguas, las mismas que tenía el paciente cuando estaba en consumo activo. Lo grafica bien la historia de Daniel. Así nos lo relata Silvana, su madre:

—... *al cabo de un tiempo, la relación con su esposa volvió a quebrarse. Estaba otra vez irritable e intranquilo. Se vino nuevamente a vivir a mi casa. Dormía mal. Le daba por caminar a las tres o cuatro de la mañana. Me levantaba, lo abrigaba. Lo volvía a acostar. Una noche en que no estaba el chaperón cayó desvanecido. Y le volvió a ocurrir en dos o tres oportunidades.*

En Daniel reaparecen aquellas mismas conductas que solía experimentar en sus tiempos de consumo, cuando por lo general estaba irritable, inquieto, no dormía de noche, en fin, cada paciente o su familia puede definir un determinado grupo de signos que suelen ocurrir. No obstante, desde que entró a tratamiento dichos signos habían desaparecido. La persona que era irritable pasa a ser pacífica, la apurona es capaz de esperar, aquella que oscilaba en el ánimo se vuelve estable. Pero de pronto vuelve a presentar las conductas que la caracterizaban en el período de consumo.

El segundo fenómeno que reaparece antes del consumo es la negación. Esa típica actitud en que comienza a primar la fantasía de que ya no se está tan enfermo, que tal vez se puede controlar, “es sólo un poquito, por una vez”. Si no se detiene este proceso, culmina en consumo.

Independientemente de la droga que se haya abusado, la recaída más frecuente se produce con alcohol, porque es la sustancia de más fácil acceso y menos rechazada; socialmente no hace tanta bulla. Le sigue la recaída con tranquilizantes. Aunque su frecuencia ha disminuido gracias a que hoy se necesita receta médica retenida para adquirirlos, continúan detectándose. A veces los pacientes logran

que su familia los lleve a otros médicos por alguna dolencia, puede ser hasta por lumbago, y el doctor les receta algún tipo de tranquilizante. La nueva pastilla les provoca entonces una recaída. Es de vital importancia consultar siempre a los expertos antes de dar un medicamento a un paciente en rehabilitación. Entre los fármacos que pueden provocar recaídas se cuentan tranquilizantes, relajantes musculares, analgésicos, jarabes para la tos, antigripales y descongestionantes².

MOMENTOS DE MÁXIMO RIESGO

- Primeros meses de tratamiento
- +/- 12 meses: sensación de bienestar u omnipotencia
- Fin de tratamiento
- Fechas simbólicas

SITUACIONES DE MÁXIMO RIESGO

Hungry

Angry

Loneliness

Tiredness

Cansancio

Hambre

Enojo

Soleidad

Períodos claves

La recaída se puede dar en cualquier momento del tratamiento, pero hay períodos que representan un mayor riesgo. Lo vimos en nuestros testimonios.

² Para una descripción en profundidad de los mecanismos de recaída y de sus formas de prevención, Gorki, T.T. *Passages through recovery: an action plan for preventing relapses*. Hazelden Publishing and Educational Services, 1997.

Los primeros meses de rehabilitación terapéutica ambulatoria, lo que muchas veces coincide con la salida de la estadía de la clínica, es uno de esos períodos algidos. El paciente todavía no se siente bien, no capta claramente cuáles son los beneficios de su tratamiento, aún no alcanza a percibir ninguna ganancia y el recuerdo del consumo sigue fresco. Sin embargo, gracias a las medidas de protección, como el apoyo del acompañante terapéutico, prácticamente se puede suprimir la posibilidad de recaída en este período.

Después de dos o tres meses en rehabilitación, los deseos de consumo disminuyen francamente. La persona vive unos ocho o nueve meses muy tranquila, no presenta grandes deseos de consumo, ni está muy violentada en ese sentido.

Alrededor del año de tratamiento, entre los diez y los catorce meses, depende de cada caso particular, se produce otro momento de peligro. Daniel y Rodrigo lo vivieron. Es frecuente que exista recaída, porque en este período el paciente se empieza a sentir muchísimo mejor, comprueba que sus facultades están funcionando casi con normalidad, poco a poco ha recuperado la memoria, la gente le empieza a decir que está más repuesto, lo notan con más capacidad de trabajo. La familia, por su parte, también percibe esta mejoría y entonces sus miembros bajan un poco la guardia y se descuidan.

Este proceso se da también en las enfermedades físicas crónicas, en que el mecanismo más frecuente de recaída es el bienestar. Un enfermo que sufre de hipertensión arterial se asusta cuando le duele la cabeza y tiene palpitaciones; no duda en seguir al pie de la letra las indicaciones del médico. Pero cuando empieza a sentirse bien, piensa que a lo mejor bastaría con la mitad de la dosis de sus medicamentos no les encuentra tanto sentido a los controles, come un poco más de sal, se fuma uno que otro cigarrillo y recae.

Otro momento de riesgo se produce cuando el paciente se acerca a los dos años de tratamiento, en que comienza a darle vueltas la idea de que el alta va a significar volver a la vida anterior. Por eso hay que preparar el alta con anticipación. Durante

todo el período de rehabilitación es necesario aclararles al enfermo y su familia que él no se mejora para volver a lo de antes. Todo tratamiento efectivo de adicción significa un cambio en el estilo de vida. No es cierto que uno pueda seguir con los mismos amigos, las mismas circunstancias, los mismos lugares, pero sin consumir; eso es un sueño.

Las fechas simbólicas son asimismo riesgosas. Los médicos en Chile colocan especial alerta a las fiestas de fin de año y del 18 de septiembre. Se produce una elevación del ánimo general, una especie de euforia y de exaltación colectiva, en que se empieza a considerar que el consumir en esos momentos es una cuestión permitida. De hecho, así ocurre en varias de las historias de consumo antes descritas. Similares actitudes despiertan los cumpleaños, aniversarios o graduaciones.

“Detente”

Hay también determinadas situaciones que gatillan el peligro de volver a caer en la droga. Los norteamericanos lo resumen en cuatro palabras: *hungry, angry, loneliness* y *tiredness*. Las cuatro letras iniciales forman el término *halt*, que significa detente. En castellano es hambre, enojo, soledad y cansancio. Se trata de cuatro situaciones que con frecuencia sufre el enfermo por adicción durante su rehabilitación.

Nuestros protagonistas revelan dolorosas pérdidas a causa del consumo; especialmente les aflige la pérdida del tiempo. Comprueban, por ejemplo:

—*Todos mis compañeros ya están recibidos, se encuentran trabajando, la mayoría se han casado, tienen una casa y yo sigo acá en segundo año de universidad, sin un peso.*

Espontáneamente tienden a recuperar lo perdido trabajando sin parar y movilizándose en exceso. “Salí sin desayuno, no alcancé ni a almorzar”. Los asalta entonces el cansancio y el hambre.

La respuesta normal del organismo al estrés se estructura en un

eje que se inicia en el cerebro, especialmente en el hipotálamo, el que desencadena respuestas sucesivas de la hipófisis, ubicada inmediatamente debajo del cerebro, y de las glándulas suprarrenales. La respuesta al estrés se extingue por el cortisol secretado por las suprarrenales, que inhibe la respuesta del hipotálamo y de la hipófisis.

Los repetidos ciclos de consumo y de privación modifican severamente la respuesta al estrés, y se producen síntomas que el paciente adicto experimenta como muy desagradables, e intenta aliviarlos con un nuevo consumo. Experimentos en usuarios de opiáceos y de cocaína han demostrado que viven con una sensibilidad muy exagerada al estrés.

Cuando el paciente inicia su abstinencia, se mantiene la hipersensibilidad al estrés durante meses o años. Exigencias moderadas le pueden producir molestias profundamente intensas que el cerebro traduce equivocadamente como síntomas de privación y deseos de consumo^{3, 4}.

Por este motivo, los especialistas han comprobado la necesidad de que los pacientes en recuperación tengan un régimen de vida en extremo ordenado. Requieren un horario de sueño, comer a sus horas, sentados y por orden cada plato. Eso les ayuda a tranquilizarse y a organizar el cerebro.

El paciente tiene muchos motivos para experimentar rabia, ese molesto sentimiento que provoca desazón y desestructura y que desde luego puede facilitar la recaída.

Aunque es inconsciente, la rabia más grande que se siente durante el tratamiento responde a la falta que provoca la sustancia. Pero naturalmente también da rabia pasar por un proceso de rehabilitación, encontrarse con las libertades restringidas, tener que vivir con un acompañante. Por su parte, la familia

3 Krek, M. J. y cols. *Drug dependence: stress and dysregulation of brain reward pathways*. *Drug and Alcohol Dependence* 51: 23-47, 1998.

4 Schluger, J. H. y cols. *Abnormal metyrapone tests during cocaine abstinence*, en Harris, L.S. (editor). *Problems of Drug Dependence*. NIDA. Research Monograph Series, N 178. 1997.

también sufre severas molestias y en momentos le pasa la cuenta.

Por todo lo anterior, para prevenir la recaída resulta fundamental que el afectado exprese su rabia durante la rehabilitación; sólo de esa manera tiende a pasar y no aumenta. En general, los pacientes que sufren de enfermedades ligadas al consumo de drogas tienen dificultades para expresar sus sentimientos con palabras, entonces tienden a llenarse de negatividad. “Durante las terapias —dicen los especialistas— se insta al que llega rabioso a sacar lo que siente para afuera”.

La otra circunstancia que facilita la recaída es la soledad o el aislamiento. En los países desarrollados se da el caso de que muchos pacientes viven solos; ello es poco frecuente entre nosotros. Pero aquí como allá, el enfermo tiende a aislarse, y cuando ello ocurre se siente solo; entonces experimenta auto-compasión. Esa autocompasión facilita muchísimo el consumo, de manera que hay que evitar que los pacientes se aislen. Las mamás de Tomás y de Daniel respectivamente no se dejaron vencer. Insistieron y los acompañaron, aunque sus hijos enfermos las rechazaran.

A los mismos pacientes les impacta ver compañeros que han tenido recaídas. Así lo explica uno de ellos:

—El hecho de estar en contacto con otros enfermos a uno lo ayuda desde el inicio del tratamiento. Te sirve de alerta ver llegar a los que han recaído al mismo lugar en que uno está internado.

Por su parte, un terapeuta explica:

—Cuando hay alguien que sufre una recaída y llega al grupo a contar su experiencia se produce un mal ánimo general. Quedan como congelados de angustia, de susto, y eso les dura varias sesiones. Por eso el trabajo en grupo es una instancia tan importante; en conjunto tú estás aprendiendo todo lo que les pasa a veinte personas, no sólo a una.

A las familias también se les pide que registren aquellos momentos previos a la recaída. Es necesario que recuerden con exactitud qué actitudes psicológicas los caracterizaron durante ese período de riesgo. En un mismo paciente, cada proceso se

repite en forma calcada una vez y la siguiente. Al detectarlas, lo importante es advertirlo de inmediato y hablarlo con él⁵.

ETAPAS Y SÍNTOMAS

a. Reparación de conductas adictivas

- Irritabilidad
- Deshonestidad
- Impaciencia
- Argumentación
- Autocompasión

b. Depresión y aislamiento

c. Negación

- Desvalorización del tratamiento
- Descuido del tratamiento
- Ausencia y atrasos
- Abandono de Antabús

d. Ingesta gradual o masiva

5 Las situaciones de riesgo han sido adaptadas de Muñoz, A. *Disease of chemical dependency*. Herald House Independent Press, 1991.

Etapas y síntomas

Si bien en cada enfermo las conductas que caracterizaron su adicción, y las que van a caracterizar sus períodos de recaída, le son propias, en general, los deseos de consumo se acompañan de ciertos síntomas⁶.

La **irritabilidad** es un síntoma que nunca falta. Rodrigo, autor de nuestro segundo testimonio, lo demuestra en forma desgarradora cuando “hace pedazos” su casa. La madre de Daniel nos señala que antes de volver a consumir su hijo estaba irritable, rabioso, al extremo que deja a su esposa e hijos. La persona en consumo se altera casi por nada; es frecuente que responda en forma completamente desproporcionada a lo que ocurre. Pero cuando ingresa a tratamiento, una de las primeras cosas que captan la familia y el mismo afectado es que desaparece esa tendencia. No obstante, en proceso de recaída, en un momento determinado vuelve a ser hipersusceptible, empieza a molestarse con pequeñeces y otra vez sus reacciones son desmedidas, descontroladas.

La **deshonestidad** es un segundo síntoma. La relación con la verdad suele ser muy esquiva en los adictos. Es difícil saber con exactitud dónde está, por qué fue, cuánto gastó, con quién se encontró, y eso lo notan también sus terapeutas durante el primer período de su tratamiento:

—*Uno les pregunta cualquier cosa y empiezan con unas explicaciones interminables. Hablan, hablan y la verdad es súper corta. ¿Tuviste? Sí, no. ¿Te duele? Sí, no. ¿Lo hiciste? Sí, no. Pero cuando van avanzando en el tratamiento, sus respuestas son muchísimo más escuetas y cortas porque se van haciendo verídicas.*

La deshonestidad en la recaída significa que otra vez la persona empieza a ser poco transparente. Esa falta de transparencia a veces

6 En el texto presentamos a modo de ejemplo algunas de las conductas que pueden caracterizar el proceso de recaída. Un inventario exhaustivo de estos síntomas se encuentra en Gorski, T.T. y Millar, M. *Counseling for relapse prevention*. Herald House Independence Press, 1982.

se refiere a temas que tienen que ver directamente con el consumo. Por ejemplo, si un familiar sabe que el paciente se encontró con una persona con la cual había consumido en tal época y se lo pregunta, éste lo negará. Lo extraño es que también la falta de verdad se empieza a mostrar incluso en circunstancias que no tienen nada que ver con el consumo. Por ejemplo, se enredan en contestar que efectivamente se fueron a tomar un café después de una terapia. Niegan situaciones neutrales, sin importancia.

La **impaciencia** es otra de las características de una persona en consumo. Se anula la capacidad de esperar. Todo lo quiere de inmediato. En la clínica se ve cómo la familia suele correr para cumplir uno y mil de sus deseos.

La impaciencia tiene su explicación. De los placeres que un individuo puede tener, el único que se produce de inmediato, sin necesidad de prepararlo, es el consumo. Quiere estar relajado, se toma un trago o una tableta. Desea estar exaltado, aspira cocaína e inmediatamente se le produce el cambio de ánimo. Todos los otros cambios de ánimo que nosotros tenemos a través de un placer requieren de una preparación. Si yo quiero comer algo determinado, tengo que ir a un restaurante, prepararlo o pedir que me lo cocinen. Cuando alguien desea estar con una persona, debe primero conquistarla, acercarse, conversar. Pero lo único que resulta inmediato es la gratificación que se obtiene con la droga o con el alcohol, porque son sustancias químicas. La persona queda entonces condicionada a obtener de inmediato la gratificación de lo que desea.

Con el tratamiento y la abstinencia, una de las ganancias de todos los pacientes, y ellos están de acuerdo, es que crece la capacidad de esperar, cultivan la paciencia. Un especialista explica:

—Nosotros usamos métodos terapéuticos para trabajar la capacidad de postergar la satisfacción del deseo; es decir, de la capacidad de frustración. Por ejemplo, mientras los pacientes están hospitalizados, todas las peticiones las pueden hacer nada más un día de la semana, previamente fijado para tal efecto. Si están en

período ambulatorio, deben esperar la sesión con su psicólogo y él lleva su petición a la reunión de equipo. También la respuesta se le entrega un día definido con anticipación.

Este método tiene un objeto organizativo, pero también educativo, pues ayuda a desarrollar esta capacidad de esperar.

Por algo se llaman pacientes. Sin embargo, cuando se hallan en proceso de recaída, vuelven a estar impacientes, quieren todo de inmediato, presionan, llaman, insisten.

La **argumentación** no les falta. Quienes están en consumo son capaces de explicar todo, tienen un discurso a la mano; aunque su interlocutor sabe que no dice la verdad, es tal la fuerza de su planteamiento que no hay cómo discutirlo. Sin embargo, cuando empiezan el tratamiento se van haciendo más sobrios. Pero si entran en recaída, vuelven a arremeter con explicaciones y razones.

La **autocompasión** es también un mecanismo muy frecuente de consumo. El sentir pena de uno mismo se da en ambos sexos, aunque es más frecuente entre las mujeres que, en general, se quejan de aspectos en su vida de pareja, como incomprensión, infidelidad, abandono. Mientras consumen, suelen hablar permanentemente de las cosas malas que les han ocurrido con tanta insistencia, que pareciera que recién lo están viviendo, aunque en realidad son situaciones que datan de muchos años atrás. Con la abstinencia, la intensidad de estos conflictos se diluye casi como por arte de magia y los pacientes empiezan a liberarse de esos dolores. Pero con la recaída vuelven a su papel de lamentadores de sí mismos y reviven muy compulsivamente y, en forma repetitiva, aquellos episodios negativos que les pudieron ocurrir en su vida.

Reaparece la negación

Si el proceso no se detiene, la persona entra en una etapa de depresión. Se siente decaída, opaca, sin vitalidad. Empieza a pensar que su condición es incurable. Se aísla, contesta con

monosílabos y de mala manera. No le encuentra sentido a las cosas. Ocasionalmente incluso puede tener deseos de morir o de eliminarse. Tal como lo vive Daniel, a veces ni siquiera quieren levantarse de su cama.

Después del período de depresión y aislamiento viven la reaparición de la negación. Lo primero que ocurre cuando vuelve la negación es que los pacientes **desvalorizan el tratamiento** y, como consecuencia de esta desvalorización, empiezan a descuidarlo. Así lo explica el especialista:

—*Cuando un paciente entra en riesgo de recaída es típico que durante la terapia de grupo, por ejemplo, se levante bien seguido al baño, tome agua, se eche en la silla, cierre los ojos, incluso dormite. Tampoco coopera en las terapias individuales. Exterioriza su falta de interés, e insiste en que dicha reunión es inútil para él.*

El máximo descuido del tratamiento es cuando comienzan los **atrasos y las ausencias**. Frente a estos hechos se requiere actuar a tiempo:

—*Resulta fundamental una política muy activa; si los pacientes tienen ausencias, llamamos inmediatamente a su casa y nos colocamos en contacto con la familia porque esto no es una cuestión neutral, significa que la persona está con riesgo de recaída.*

Lo último que suele ocurrir antes del consumo es el **abandono del Antabús**. Este medicamento se les da por lo general a todos los pacientes, hayan o no tenido primariamente problemas con el alcohol. Se utiliza en el tratamiento justamente como indicador del riesgo de recaída. El paciente sabe que si lo deja de tomar, le ocurrirá algo grave.

Su efecto es el siguiente: el alcohol en el cuerpo se convierte finalmente en anhídrido carbónico y agua, y así desaparece del organismo, pero como paso intermedio se forma un compuesto químico tóxico que se llama aldehído acético. El Antabús inhibe la metabolización del aldehído acético que se acumula en el organismo; entonces, cuando la persona bebe alcohol experimenta intensos síntomas desagradables: se enrojece, le aparecen palpitaciones, puede tener alza o baja de la presión arterial, incluso desmayarse. En el

último par de años se ha demostrado que el Antabús disminuye también el deseo de cocaína.

El Antabús se administra a los pacientes porque disminuye el deseo de consumo. Al tomarlo diariamente, ellos han aprendido a sacar de su vida el alcohol, porque saben el riesgo que corren si beben. Por eso sirve además como un aviso de recaída; todo paciente que va a recaer, entre 24 y 72 horas antes suspende el Antabús, aunque haya sido primeramente una persona que usó cocaína o marihuana o alcohol. Da exactamente lo mismo.

Hay quienes dejan de tomarlo en forma planificada: se los dan en la boca, los guardan y después, al rato, lo escupen. Pero otros lo hacen en forma completamente inconsciente.

—A veces uno habla con ellos y reconocen con asombro que se les olvidó, se les quedó en el otro traje o en la oficina... Con seguridad, esa persona está con un riesgo inconsciente de recaída.

RIESGOS DE LA RECAÍDA

- **Accidente**
Intoxicación
- **Suicidio**
- **Ruptura de pareja**
Pérdida del trabajo
- **Abandono del tratamiento**
Adicción activa

Consecuencias nefastas

Si el proceso de recaída no se puede detener en su fase psicológica, finalmente culmina en consumo. Hay quienes vuelven a emplear grandes dosis de una vez. Otros lo hacen en forma solapada hasta que revienta la verdad. Pero la lucha para evitarlo no cesa, porque cada recaída implica serios riesgos.

Con el consumo aumenta progresivamente la tolerancia del paciente a la sustancia. En cambio, cuando entra en abstinencia, esa tolerancia se pierde. Si antes solía consumir una botella de pisco, varios gramos de cocaína, o ingerir cantidades de tranquilizantes, y se veía aparentemente lúcido, cuando entra en abstinencia y vuelve a ingerir en esas mismas cantidades, puede terminar intoxicado o sufrir accidentes automovilísticos, caídas desde edificios, quemaduras u otros.

El paciente en rehabilitación que consume en recaída casi de inmediato se da cuenta de las consecuencias que va a tener para él ese acto. Lo invade una gran y angustiante culpa porque sabe que deberá llegar a la casa y explicar lo que ha hecho. Sopesa que tendrá que enfrentar con la verdad a los doctores y reconocer en la terapia de grupo su mala experiencia. Ahora tiene conciencia de lo que su consumo va a provocar. Siente haber vivido un gran fracaso. La recaída nunca es acompañada de placer. Y así lo reconocen los pacientes. Por esto conlleva un riesgo importante de suicidio:

—*Desgraciadamente, más de alguna vez hemos visto que la recaída termina con un balazo. Eso me ha tocado dos veces por lo menos*—explica un especialista.

Las recaídas también detonan rupturas de lazos sentimentales del paciente. Muchos matrimonios se quiebran de manera definitiva e incluso hay padres que tampoco pueden tolerar una nueva recaída. Y aunque naturalmente nunca se pueden desligar de los hijos, se da a veces que ya cansados deciden mandarlos a ciertas colonias de tratamiento en España, Portugal, Cuba, Francia y en otros lugares del extranjero. También en el ámbito del trabajo es frecuente que los jefes se hartan de mantener el contrato del

afectado. La capacidad de sufrimiento ha llegado a su límite y la persona, ya sin apoyo, vuelve otra vez a su conducta de una adicción activa.

La vida junto a un consumidor es una permanente angustia. Los meses o años de abstinencia representan a las parejas, los padres y los jefes períodos de paz, armonía y una profunda esperanza que no están dispuestos a perder. Por ello, la recaída, incluso puntual y discreta, les puede resultar insoportable y prefieren cortar sus vínculos con el consumidor.

A menudo, los pacientes, incluso los terapeutas, tienden a banalizar las recaídas al considerarlas como un comportamiento que necesariamente debe estar presente en el proceso de rehabilitación. Es verdad que una recaída puede significar un punto de inflexión en la recuperación al permitirle tomar una conciencia más profunda de su condición de enfermo. Pero la recaída es siempre un proceso de final incierto. Es posible que a algunos, como a Daniel, les sirva de lección, pero a otros les puede traer consecuencias muy graves, incluso fatales.

El adicto es una persona que tiende a probarse; le atraen las situaciones de riesgo, a las que muchas veces les llama “pruebas de fuego”. Consciente de ello, la rehabilitación intenta que tome conciencia de esa inclinación y vaya estructurando conductas de protección y autocuidado. Al parecer, los años de experiencia sirven. Así lo asegura un terapeuta:

—Cuanto más años de experiencia y recuperación completa una persona, mayor celo coloca en su protección. Rehabilitados con seis, ocho y diez años de abstinencia nos dicen que se retiran de un local siempre antes de las dos de la mañana o que no van nunca a un ambiente en el que exista consumo y jolgorio sin la compañía de su esposa. Los rehabilitados son llamativamente exigentes y cuidadosos cuando sus hijos comienzan a asistir a fiestas o discotecas. Un padre contaba que antes de cada fiesta de su hija adolescente llama a los dueños de casa para saber si estarán presentes y si habrá alcohol, y de acuerdo con las respuestas decide darle o no permiso.

Prevención de recaídas

Como la recaída implica tantos riesgos es necesario prevenirla.

La experiencia médica avalada en cientos de casos en Chile, como en el ámbito mundial, indica que la persona que sigue su tratamiento en forma ordenada cuenta con la mayor seguridad de alcanzar una recuperación definitiva sin accidentes de por medio. Es cierto que las medidas de protección implican un gran sacrificio para el paciente y la familia.

Utilizar un acompañante terapéutico es intervenir y entrometarse en la vida privada de una familia. Negarle dinero, impedir que maneje, que vea amigos antiguos, en fin, toda rigidez es complicada para la familia; pero cumplir cada indicación ya probada asegura en lo posible que no haya recaída.

Una actitud familiar receptiva resulta fundamental, porque en un momento del tratamiento, el paciente se va a dirigir a un familiar determinado, elegirá al papá o a la mamá, al esposo, al hermano, y le contará que ha tenido deseos de consumir o ha estado con miedo de recaer. Una respuesta es:

—No te preocupes. En el tratamiento nos explicaron que esto es propio de tu enfermedad, yo te voy a acompañar. Llamemos por teléfono para ver qué hacemos; esto suele ocurrir durante la rehabilitación. Hiciste bien en contarme.

El resultado será muy distinto cuando el familiar elegido se encuentra con mucha rabia o se pone ansioso o se asusta al escuchar al paciente y entonces reaccione de otro modo:

—Otra vez estás con las mismas, tú no tienes remedio; acabas de salir de la clínica y ya estás otra vez con este cuento...

Estas distintas actitudes determinarán la posición del enfermo ante sus tendencias a volver a consumir. En el primer caso se va a acostumbrar a contar los deseos de consumo y, en el segundo caso, los va a ocultar y probablemente un día va a recaer sin que nadie lo espere.

Estamos frente a un punto muy importante. Cuando el afectado cuenta su deseo de consumo, su intensidad disminuye en un 40

o 50% por el solo hecho de compartir con alguien confiable su inclinación a recaer. El deseo ya pierde su sentido y se reduce.

Si una persona en riesgo de consumo cuenta qué le ocurre, existen muchos caminos para ayudarlo. Se le puede colocar un cuidador especial por algunos días, e incluso rehospitalizarlo. De hecho, hay pacientes que voluntariamente lo piden:

—*Recuerdo uno que llevaba un año y medio en tratamiento por alcohol y cocaína, y un día me confidenció: “Doctor, le tengo un miedo terrible a este fin de semana porque siento muchos deseos de consumo y desconozco quiénes estarán en casa. ¿Qué le parece si me hospitalizara por estos dos días?”. Cuando le avisamos a su familia, también lo interpretó como una mejoría, no como un retroceso.*

Es imprescindible que la familia se acostumbre a hablar con el paciente acerca de sus deseos de consumo. No puede obviarse u ocultarse. Se trata de la enfermedad de uno de sus miembros que requiere chequearse constantemente. Los pacientes no se molestan si se les pregunta por sus deseos de consumo. Sólo se alteran si están con riesgo real de recaer.

PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- **Seguimiento de tratamiento**
- **Medidas de protección**
- **Actitud familiar receptiva**
- **Cuidado especial**
- **Rehospitalización**

Manejo de la recaída

—*Después de la recaída* —recuerda Silvana, la madre de Daniel— *se puede decir que comenzó su recuperación. Parece que cayó en la cuenta. Parece que se miró a sí mismo. Comenzó a salir a caminar todas las tardes. Era espantoso verlo, parecía un mono, un tremendo hombre como es él, de un metro noventa, caminando en forma completamente insegura... No se lo doy a nadie...*

La primera medida es detener el consumo y proteger al enfermo; de lo contrario, lo más probable es que siga consumiendo. Por ello, después de la recaída es frecuente que requieran de acompañamiento terapéutico o incluso de hospitalización.

Luego de la recaída se produce un estado psicológico muy especial en los pacientes; sienten rabia, sobre todo contra sí mismos, y mucha pena. Permanecen callados durante un largo tiempo. Su autorreproche dura aproximadamente unos tres meses.

Existen distintas técnicas que se emplean dentro del tratamiento para ayudar a la persona a superar ese estado. En forma conjunta se trabaja con los otros involucrados, porque también se afectan la familia y el equipo tratante. Se produce un estado de rabia y de desconfianza mutua entre todos. Rodrigo, el empresario, nos relata cómo salió de su doloroso proceso de recaída.

—*Al regresar, empecé a hablar, dije que me sentía mal, interpele a mis compañeros de terapia: “¿Por qué dices que estás bien si yo te veo mal?”. Argumenté, reconocí mi estado, empecé a sincerarme.*

En reuniones terapéuticas se analizan las causas posibles de la recaída. De esa manera se reevalúa el tratamiento adecuadamente y se hacen las correcciones. Por lo general se detecta que hubo errores del paciente, del equipo y de la familia.

El error más frecuente del paciente es creer que él no tiene riesgo. Como si fuera más fuerte, piensa que no le ocurrirá lo mismo que ve en otros pacientes. Suele permanecer más bien callado, opta por un rol pasivo, como quien cumple una pena de cárcel y pasa el año sin conversar de lo íntimo ni participa en las terapias. El equipo también falla cuando no percibe esas señales.

Por su parte, el error más frecuente de la familia es considerar que el enfermo está ya mucho mejor y que las medidas de protección no son necesarias. Por ejemplo, dejan de evitar las botellas de alcohol en la casa o despiden al chaperón antes de tiempo.

La recaída nunca es banal, significa un dolor, una pérdida importante para el paciente y para la familia. Sin embargo, tal como le ocurrió a Daniel, ese doloroso traspie puede servir como punto de partida para volver a levantarse y alcanzar finalmente una mejoría más sólida.

MANEJO DE LA RECAÍDA

- **Detención de la ingesta y protección**
- **Superación del estado psicológico pos-recaída**
- **Elaboración por familia y equipo terapéutico**
- **Utilización terapéutica de la recaída**
- **Reevaluación del tratamiento**

VII. CAMINOS DE PREVENCIÓN

Vivimos en pleno una epidemia de drogas y la forma más habitual de adquirirla es el “carrete”, expresión chilena de la “movida española”. La prevención con ciertas características es efectiva. Los programas más exitosos son los que se implementan en los lugares donde las personas pasan la mayor parte de su tiempo: la familia, el trabajo, la escuela, centros de estudios superiores y organizaciones comunitarias. Pero fundamentalmente los padres involucrados pueden prevenir. La prevención en los niños no es sólo darles información tiene que ver con el desarrollo de ciertas habilidades psicológicas y de la autoestima. La oferta de droga siempre es súbita. En último término, su aceptación o rechazo será consecuencia de los valores que rigen el comportamiento de la persona.

REINA EL CARRETE, ¿MUEREN LOS SUEÑOS...?

El carrete no para, las fiestas se comunican vía chateo o por e-mail. Ya no sólo suenan los teléfonos de la casa; cada cual tiene su celular para fijar las movidas de la noche. Son varias. Todos pululan de casa en casa, de pubs en discotecas, de esquina en esquina. Se va a todas y no se está en ninguna:

“Pero si todos lo hacen”. “Van todos, mamá”. “No voy a ser la única que falle...”, suelen argumentar los jóvenes. En tanto, los padres, tras preguntar al menos “¿Con quién regresas?”, vuelven a consentir:

“Estamos demasiado cansados de controlar”, asegura un papá. “No queremos más guerra a las 12 de la noche, cuando recién comienza el carrete. Y el niño o la niña de nuestros ojos vuelve a llegar casi al amanecer pasado a trago y cigarro”. Todos los fines de semana, ahora incluso los jueves, pasa lo mismo. Durante los veranos casi todos los días ocurre igual...

La organización parte definiendo quién comprará “el copete” para iniciar la noche. “Pisco a medias”, una botella de pisco para dos, es la dosis para empezar.

Las sirenas suenan, los autos circulan a toda carrera. Y los jóvenes y jovencitas, con sus ojos vidriosos y hablar traposo, incluso algunos amenazantes, transitan bamboleantes riendo sin parar envueltos en la noche. Unos 400 mil jóvenes, de entre 9 y 15 años, toman licores a diario, y 200 mil jóvenes ya son alcohólicos, anunciaba la prensa¹ diez días después que entrara en vigencia la nueva Ley de Alcoholes, que tras fijar horarios en botillerías, discotecas, restaurantes y pubs, subir

1 *El Mercurio*, 29 de enero de 2004.

multas y años de cárcel para los infractores, intenta reducir la ingesta de alcohol y disminuir los accidentes de tránsito. La nueva normativa se enfrenta con un hábito arraigado en muchos adolescentes, como aquellas prácticas que a esta altura son ya una costumbre en quienes expenden trago a menores, con ofertas combo de cinco cervezas por \$3.000 o cinco piscolas a \$6.000.

“Ah, no; así no es mi hijo... Mi hijo estudia en la universidad...”.

Sucede que los universitarios justamente constituyen el segmento de la población más expuesto a las drogas, y en la mayoría de esas casas de estudios o institutos no hay programas de prevención y menos de rehabilitación. Según el primer perfil de consumo de drogas en universitarios chilenos entregado por Conace, en los estudiantes de educación superior, la tasa de consumo reciente de marihuana es de 16,8% y la de cocaína, 3,55%².

Progresivamente aumenta el número de menores de 20 años que consultan por consumo de droga o alcohol. Entre el 30 y 40% de quienes llegan a diagnosticarse no son mayores de edad. Puede que hasta entonces hayan sido buenos alumnos y hayan tenido una buena relación con sus pares, pero sus padres están alarmados porque sistemáticamente notan que han tomado mucho. Están en fase de abuso, aunque no todavía de dependencia, pero su consumo puede volverse problemático. De acuerdo con el mismo estudio de Conace, en la población escolar de 2001, el que bebe alcohol tiene 17 veces más posibilidades de fumar marihuana en comparación con quien no toma, con un 1,9%. Dos años antes, Conace ya había determinado que 33 de cada 100 hombres y 28 de cada 100 mujeres entre 12 y 18 años “toman” habitualmente. Si a ello se le agrega que hoy la venta de marihuana, cocaína y éxtasis no es ajena al circuito que los jóvenes frecuentan, el riesgo está latente. Por eso, “prevenir en vez de curar” es tremendamente importante. El ideal es lograr que los bebedores ocasionales dejen de tomar esas cantidades todos los fines de semana. Es la única manera de evitar que se vuelvan consumidores problemáticos y que se salven de

2 *La Segunda*. 3 de octubre de 2003.

sufrir accidentes lamentables mientras están en pleno carrete. Los centros de urgencia constatan que este grupo sufre más contusiones, intoxicaciones y se involucran en más actos de violencia que entre aquellos que saben divertirse sanamente. 7.600 personas mueren al año en Chile por causas relacionadas directamente con el consumo de alcohol. En 2003 resultaron heridos en accidentes de tránsito 9.762 muchachos entre 15 y 25 años. 295 murieron. Más de la mitad de ellos sufrieron su accidente fatal entre las 5 y 6 de la madrugada, durante una noche de sábado para domingo³.



3 *La Segunda*, 27 de febrero de 2004.

Nadie sabe cuántas adolescentes en estado de intemperancia se embarazan fruto de relaciones fortuitas. ¿Cuántos niños son abortados, por la misma causa?

La sociedad chilena sufre a diario las nefastas consecuencias del vínculo droga–delincuencia. A la violencia derivada de la apatencia compulsiva de los adictos que se refleja en actos delictivos en las calles se le suman las agresiones que el propio consumidor sufre de aquellos que conforman su entorno. Uno de los últimos estudios recabados por la Fundación Paz Ciudadana⁴ aclara que de los detenidos durante 2002, 46% fue por tráfico y 51% por porte o consumo. El 14,5% de la población penal recluida en 2002 fue condenada por tráfico de drogas.

Según investigaciones de la Oficina Fiscalizadora de Denuncias de Delincuencia y Narcotráfico (Ficed), el papel de la mujer es cada vez más relevante en el tráfico de droga. “Tal vez porque el marido ya cayó preso o porque el hijo, que involucró a toda la familia en la venta, también esté en la cárcel, el porcentaje de mujeres sobre los 50 años que trafican triplica al de los hombres”. El mismo informe publicado en la prensa⁵ aclara que los traficantes usan a los estudiantes para extender sus redes. El dealer le da al escolar seis pitos, el escolar vende cinco y se queda con uno. Si lo toman detenido, nunca tiene demasiados en su poder como para significar causa de delito.

Los carabineros no dan abasto para controlar. La nueva ordenanza prohíbe la ingesta de alcohol en vehículos, ya sea del conductor o de sus acompañantes, pero las botellas como los pitos se pasan de boca en boca entre los ocupantes de autos estacionados. El “sahumerio” se da en los miradores, donde suelen estacionarse los autos cuyos jóvenes ocupantes cierran herméticamente las ventanas, y como un ritual aspiran y exhalan todo el humo de la droga que esas bocas al unísono pueden lograr. El tráfico y el consumo también circulan entre jóvenes peatones que suelen reunirse en varios puntos de la ciudad; no hay más que dar

4 Hurtado, P, Sáez, X. *Políticas y programas de prevención y control de drogas en Chile*. Fundación Paz Ciudadana (pág. 8). Enero de 2004.

5 *El Mercurio*. 22 de junio de 2004.

una vuelta por las calles Suecia o Bellavista en el Gran Santiago, o a la salida de una famosa disco en plena Recoleta. Para qué hablar de los barrios periféricos, donde reinan la droga y el trago.

En el Instituto Nacional de la Juventud (Injuv) también están preocupados por el tema. Tras una elocuente encuesta que indicaba que entre los 15 y los 17 años ya hay un 65,8% de jóvenes que ha consumido bebidas alcohólicas, el organismo está difundiendo una campaña —en verano principalmente en los balnearios y lugares de afluencia masiva de público— para que los jóvenes eviten los excesos. “Hay que poner de moda que cuidarse no es de gente tonta. Los que corren riesgo no tienen por qué ser como los más bacanes. Podemos ayudar educando, pero si los padres no cuidan ni controlan a sus hijos, el Estado no puede suplir a la familia”, decía el director nacional del Injuv. “Muchos jóvenes toman sin límite como una moda o una forma de ser bien vistos en su grupo —agregaba—, porque no hay un reconocimiento a nivel juvenil en quienes llevan una vida más sana. Tienen que aprender a beber, porque éste debe ser el único país en que se toma para quedar borracho y no para compartir un momento agradable”⁶.

El elocuente cartel en medio de la playa de Reñaca donde se lee “No beber bebidas alcohólicas. Ley de Alcoholes, art. 156...”, parece un chiste cruel. Por poco se cuelgan de él, cual murciélagos, varios sujetos prestos a satisfacer a sus jóvenes clientes en busca de marihuana. A eso de las nueve de la noche, y hasta casi el amanecer, el sector dos de esa extensa explanada de arena con el mar de fondo comienza a ser tierra de nadie, o de todos. Decenas de grupos, cuyo promedio no alcanza los 17 años, llegan ya pertrechados con bolsas de un minimarket del lugar. Pisco, vino y cerveza, y hasta hielo picado es su contenido infaltable. Como es de esperar, cada noche durante los meses vacacionales tampoco faltan los golpes, patadas y botellazos entre los diferentes grupos, donde se cuelan indeseables delincuentes. “Aquí pasa de todo”, aseguraba un guardia del sector dos de la playa de Reñaca. “Los

6 *La Segunda*. 27 de febrero de 2004.

*viernes y sábados se pueden ver niñitas inconscientes de lo borrachas que están, y lo peor es que son muy chicas*⁷.

María José es una de ellas, aseguraba la crónica del citado matutino. Confiesa que sus padres no saben que ella está en la playa tomándose unas piscolas con varias amigas. “Comprar copete es fácil, aunque tengo 15 años no más. Si hay problemas, le pides a alguien más grande que te lo compre”. Muchas niñas como María José se pasean bien arregladitas sin soltar el celular, “tanto para ponerse de acuerdo con sus amigos como para mentirlas a sus padres sobre su paradero”. También se las arreglan para entrar a las discotecas; les es muy fácil pedir prestado el carné de identidad a una hermana mayor o simplemente adulterar con su foto alguno ya en desuso. La actual legislación de alcoholes impide la entrada a menores de 16 años a discotecas y de 18 a cabarets, tabernas, cantinas y bares.

Hasta esa fecha, febrero de 2004, la Policía de Investigaciones afirmaba haber incautado cuatro veces más cocaína que el verano pasado. La cifra explotó a fines de marzo con el decomiso de 1.200 kilos de cocaína; este hecho encendió las luces de alerta: hace tiempo que Chile dejó de ser un país de tránsito de la droga.

En tanto el estimulante blanco corría junto al éxtasis en las fiestas playeras, impactó el decomiso de 3.500 dosis de LSD en Pucón. Con 875 estampillas sorprendieron a un Dj británico. Junto a su novia, vendía cada alucinógeno a \$15.000 durante las fiestas electrónicas que él mismo organizaba. Ya habían pasado por Viña del Mar⁸.

Mientras el LSD se utiliza principalmente en espacios abiertos, en las discotecas el éxtasis hace de las suyas. Vale entre \$4.000 y \$14.000. De paso duplica el precio de las botellas de agua mineral. Común es ver a los jóvenes que consumen esta pastilla bailar sin parar rozándose entre todos, cada uno junto a su infaltable botellita de agua para evitar la deshidratación que conlleva el uso del éxtasis. Mezclada con alcohol, las consecuencias pueden ser fatales.

7 *El Mercurio*. 22 de febrero de 2004.

8 *El Mercurio*. 24 de febrero de 2004.

Claramente, la cocaína es la droga dura más común entre los consumidores de uno de los balnearios de moda como Pucón. Aunque todavía es inhalada en espacios privados como cabañas por personas de clase media y media alta, su precio ha caído fuertemente. Hoy un papelillo —que contiene casi un gramo y alcanza para cerca de tres jaladas— cuesta entre \$3.000 y \$4.000; hace seis años valía \$30.000. Su mercado se ha ido ampliando, a la par con el macabro viaje que emprenden los jóvenes que ceden a probarla.

La Policía de Investigaciones, Carabineros, Conace, fundaciones, ONG, autoridades públicas y privadas, a estas alturas son muchos los que trabajan por detener la escalada de la droga. Pero tal vez entre los mismos jóvenes se encuentre una importante misión. También ya son muchos los jóvenes que cada año emprenden grandes desafíos a favor de su sociedad; iniciativas como Un techo para Chile, misiones universitarias, aldeas deportivas, trabajos de verano aglutinan a más y más. Con seguridad, si cada uno se lo propone, podrá demostrar que sin droga se pasa “bacán”, sin tomar demasiado también se puede bailar toda una noche; hay cientos de ideales e ilusiones que se pueden aspirar y lograr y es lo único que reporta gratificaciones duraderas. Si cada uno se empeña en hacérselo ver, acompañar y conversar seriamente con un amigo, que coquetea peligrosamente cada fin de semana con droga o alcohol, podrá ayudarlo de veras. Los padres no podemos bajar la guardia ni el cariño. Los verdaderos amigos, tampoco.

ADICCIÓN Y MEJORÍA

Cada día somos testigos de que la adicción compromete todas las áreas de la vida personal: enferma el cuerpo y amenaza la existencia, cercena las capacidades emocionales y distorsiona el desarrollo de la personalidad del afectado, elimina de cuajo su espiritualidad, pone en riesgo el trabajo y las finanzas y puede desencadenar graves consecuencias legales. La familia percibe la enfermedad del ser querido como una crisis enorme que sacude sus fundamentos más básicos y la amenaza en su esencia misma. Sin embargo, la adicción es perfectamente recuperable. Cada vez más personas dan testimonio de que han podido rehabilitarse y alcanzar vidas familiares y laborales plenas. Perciben el proceso de rehabilitación como una segunda oportunidad que les ha brindado la vida, para lo que han debido revisar su interioridad, aceptar una realidad dolorosa e imprimir cambios significativos en su personalidad y estilo de vida.

En los casos de rehabilitación efectiva, también cada familia ha debido revisarse en profundidad y corregir sus actitudes y formas de relación; sus miembros señalan que han salido fortalecidos del proceso y ha crecido su capacidad de enfrentar el acontecer diario, como las crisis que pueden venir el día de mañana.

El proceso de rehabilitación puede significar entonces una oportunidad de crecimiento y desarrollo. Ello no quita el intenso sufrimiento que implica vivir una adicción. Evidentemente, el ideal es prevenir, y para ello debemos conocer la realidad y estar dispuestos a examinar nuestras actitudes y cambiar nosotros mismos.

Epidemia de drogas: ¿cómo se extiende y se detiene?

El testimonio con que se inicia este capítulo es elocuente. Vivimos en medio de lo que técnicamente se denomina una epidemia de droga. En Chile disponemos de información confiable. El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace), organismo multisectorial, ha efectuado en forma bianual desde hace una década estudios nacionales de consumo de drogas. Al analizar el quinto de esos estudios, dado a conocer a fines de 2002, se evidencia que entre 1996 y 2000 el consumo de las principales drogas (marihuana, pasta base y cocaína) de la población general durante el último año había aumentado en un 47%, mientras que el consumo en el último mes (prevalencia mes) había crecido en un 126%. Debido a este alto ritmo de incremento, en pocos años Chile sobrepasó el nivel de consumo de países como Perú, Holanda o Bolivia, y acortó distancia de los niveles de países como Alemania, España o Estados Unidos⁹.

Dos fenómenos resultan especialmente preocupantes. El primero es la disminución de la edad a la cual los jóvenes empiezan a usar el alcohol regularmente y a probar marihuana. En los primeros estudios epidemiológicos esto ocurría a los 16 años y hoy el inicio se da entre los 12 y 14 años; ya no puede bajar más. El segundo fenómeno demostrado es que los dos sexos están consumiendo en igual escala; incluso las niñas tienden a fumar más que los jóvenes.

¿Por qué nuestro país, todavía en vías de desarrollo, pero con tantas fortalezas en múltiples materias, ha alcanzado tales cifras de consumo? ¿Qué está pasando en Chile para compararse con aquellos países en este peligroso récord? Por lo demás, hay que considerar que no siempre las personas se animan a

9 Declaraciones de Gonzalo Vargas, gerente general de Fundación Paz Ciudadana. *La Segunda*, 2 de mayo de 2003.

confesar en una encuesta su real uso de sustancias psicotrópicas.

La historia ha registrado varias epidemias de drogas. Su análisis permite conocer el mecanismo de transmisión y extensión de la conducta del consumo.

Para que se produzca una epidemia, la opinión pública debe considerar que el uso de una droga determinada produce efectos positivos y es relativamente inocua. Por ejemplo, en el año 1884, algún tiempo después de la introducción de la cocaína en Estados Unidos y Europa, Sigmund Freud empezó a interesarse por sus efectos, incluso la autoexperimentó como antidepresivo, y trató de usarla para frenar la adicción a la morfina de su amigo, el destacado neuroanatomista Ernst von Fleischl-Marxow, y publicó *Über Coca*, un trabajo donde hace una entusiasta alabanza de la sustancia. No obstante, su paciente desarrolló una psicosis tóxica por cocaína. El resultado desastroso de su experimento terapéutico lo llevó a abandonar sus experiencias con esta droga. Sin embargo, en las epidemias de cocaína en Europa, a comienzos de los 80, como en la anterior, entre 1880 y 1930, se sostuvo que era un energizante psicológico que podía usarse en forma ocasional, que había sido empleado desde siempre por los pueblos andinos y que no producía dependencia física.

En los años 60 se afirmaba que la marihuana era una sustancia de origen natural, relajante, menos dañina que el alcohol o el cigarrillo y que algunas culturas la han empleado desde siempre. De esta forma se crea una atmósfera general de tolerancia al consumo que se incorpora a la vida habitual de las personas.

Con el aumento de la disponibilidad de la droga y la mayor tolerancia a su uso, la sustancia aparece en distintos ambientes. Alguien, un amigo, un hermano mayor, un colega, la consigue y ofrece. Otro la acepta y le agrada su efecto. Este nuevo consumidor la continuará usando y conseguirá a alguien que lo provea cada vez que lo requiera. En algún momento, el nuevo consumidor, ya más experimentado, ofrecerá la droga a alguien que todavía no la ha probado. De esto modo tan simple se produce la extensión del consumo. Por ello, en la práctica, se

confunden las conductas de consumo con las de distribución o tráfico.

La figura clave en la extensión de la droga es el consumidor ocasional, recreacional o controlado. Ofrece el modelo atractivo y es el vector o agente transmisor de la conducta de consumo. Es la persona que parece tenerlo todo: disfruta de los placeres de la droga con supuesto control y con una conducta cotidiana que sigue siendo adecuada, sin comprometer aparentemente su estudio o trabajo, su familia o su situación financiera. Nadie desea ser como el adicto, trastornado en su comportamiento, solo, arruinado, alejado de su familia.

El control de una epidemia de drogas sigue el camino inverso. Lo primero que se debe modificar es la actitud de la opinión pública frente a la droga. La sociedad comienza a percibir que ésta es mucho más peligrosa de lo que se creía, destruye individuos y familias, origina una enfermedad de la que es difícil mejorarse, tiene un costo social y se asocia a conductas como la criminalidad o al aumento de otros padecimientos, como el sida. Cada persona empieza a conocer de cerca el caso de un familiar, un amigo o un colega que ha desarrollado la enfermedad o que ha fallecido en situaciones de consumo.

Un paso decisivo para controlar la epidemia ocurre cuando se capta que una política efectiva de drogas debe comprender un amplio abanico de iniciativas no sólo de las autoridades, sino de toda la comunidad. Las acciones deben coordinarse, ser coherentes y tener objetivos comunes claramente definidos y compartidos por todos los que asumen un papel en estas actividades.

Estudios y políticas nacionales

En Chile, desde 1990 Conace se ha preocupado en forma institucional del tema de la droga. La actual finalidad de este organismo multisectorial es “reducir el consumo y tráfico de drogas hacia 2008”.

La Fundación Paz Ciudadana ha realizado estudios comparados que dan cuenta de qué modo algunos países y el nuestro están avanzando en sus políticas de prevención de drogas. En julio de 2003 sistematiza la experiencia desarrollada a través de diferentes programas y alternativas disponibles en Estados Unidos, Países Bajos, España, Reino Unido y Canadá¹⁰. En menos de un año, elaboran un exhaustivo estudio de la realidad chilena. En su informe titulado “Políticas y prevención y control de drogas en Chile”, fechado en enero de 2004, Fundación Paz Ciudadana brinda los antecedentes necesarios que requiere una discusión técnica sobre el problema de las drogas, lo que constituye un soporte para la implementación de políticas públicas apropiadas¹¹.

Dichas investigaciones comparadas aclaran que nuestro país ha actuado razonablemente bien. Existe un nivel adecuado de comprensión del fenómeno, gracias a la cantidad y calidad de estudios que se realizan periódicamente y a que la cobertura y la diversidad de programas de prevención y tratamiento están incrementándose. Además, en ciertos aspectos en que aún hay carencias, como en la evaluación de resultados de las intervenciones, se advierte voluntad de superarlos próximamente.

El informe constata que la mayor parte del esfuerzo y presupuesto del Conace está concentrada en la prevención. Apunta a evitar que los jóvenes comiencen a consumir y, al mismo tiempo, a retardar la edad de inicio. Se realiza en distintos ámbitos, y es el escolar el más desarrollado; de hecho, se aplican programas desde el nivel preescolar hasta cuarto medio.

Aunque en el país se han desarrollado diversas modalidades de atención de adictos según el nivel de abuso y la intensidad de la intervención, todavía ese campo de atención es francamente deficitario. Las múltiples y complejas tareas de tratamiento y la

10 Hurtado, P., y Sáez, X. *Políticas y programas de prevención en cinco países*. Fundación Paz Ciudadana. Julio de 2003.

11 Hurtado, P., y Sáez, X. *Políticas y programas de prevención y control de drogas en Chile*. Fundación Paz Ciudadana. Enero de 2004.

rehabilitación requieren de equipos multidisciplinarios altamente especializados, por lo que los programas de rehabilitación estatales y privados tienen un costo elevado. Por ejemplo, datos del Ministerio de Salud y del Conace indican que en Chile los costos de los programas de la comunidad terapéutica, que en muchos casos no tiene fines de lucro, ascienden a 50 dólares diarios¹².

El Quinto Estudio Nacional de Drogas en la Población General de Chile del año 2002 demostró que existe una gran necesidad no satisfecha de tratamiento para drogadictos. Considerando a las personas que tienen dependencia hacia alguna droga, la proporción que ha recibido tratamiento es de sólo 4,7% para marihuana, 23,5% para los dependientes de pasta base y 7,1% para los de cocaína. En este último caso, un 54% de los adictos a la cocaína desearía haber recibido ayuda¹³.

Durante 2003, Conace asignó a programas de tratamiento y rehabilitación una cifra cercana a 2.000 millones de pesos, algo más de 3 millones de dólares. Estos recursos fueron entregados por medio de un convenio con el Fondo Nacional de Salud, el cual permitió proporcionar apoyo financiero a 213 centros de atención públicos y privados¹⁴.

De acuerdo con el último balance del plan ambulatorio intensivo de rehabilitación de drogas, Conace informó que el 44% de los encuestados egresó del plan después de pasar un promedio de nueve meses en tratamiento. Tres meses después de haber completado la terapia, el 76% decía que tenía una mejor situación familiar, el 62% declaró estar mejor en su trabajo y el 78% no había vuelto a consumir¹⁵.

12 *El Mercurio*. 25 de marzo de 1999.

13 *El Mercurio*. 10 de abril de 2003.

14 Hurtado, P., y Sáez, X. *Políticas y programas de prevención y control de drogas en Chile*. Fundación Paz Ciudadana. Enero de 2004.

15 Declaraciones formuladas por el doctor Mariano Montenegro, jefe del Programa de Tratamiento, Rehabilitación y Salud, del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Conace). *El Mercurio*. 11 de junio de 2004.

En su labor de rehabilitación, Conace atendió el año pasado a 11.885 pacientes, pero calcula que hay 37 mil personas que desean rehabilitarse.

Además del aporte del Estado, todavía insuficiente, se requiere el de las instituciones privadas de salud, isapres y de las empresas para abordar el aspecto técnico del tratamiento y su financiamiento. Urge incorporar el concepto de que es menor el costo de tratar en forma adecuada a un adicto que dejarlo sin tratamiento. Tal como queda explicado en el capítulo II, donde abordamos el tema de la codependencia que sufre la familia de un consumidor, un adicto no tratado y su familia tienen un gasto en salud varias veces mayor que la población general. Sobre el 30% de los padres y 65% de los cónyuges de una persona que abusa de alcohol o drogas ha desarrollado depresión clínica antes de que el adicto consulte. Un alto porcentaje de estos familiares tienen alta demanda de servicios médicos por sufrir de enfermedades somáticas ligadas al estrés.

Comenzar por casa: padres involucrados

El telón de fondo es que hay una epidemia y la forma de adquirirla es el carrete. Es verdad que el marco legal que rige en estas materias es de suprema importancia y por ello urge modificar algunos de sus aspectos esenciales. Cabe esperar que la nueva normativa, en la que por años se trabaja, vea la luz pronto. Sin embargo, y aunque el problema parece una cuestión de política nacional, el impacto de la droga aterriza en cada hogar.

Los padres viven el desconcierto y la impotencia. El mundo circundante les resulta amenazante para el desarrollo de cualquier niño. Por otro lado, experimentan la presión que ejercen sus propios hijos, quienes temen ser excluidos o desadaptados: “Todos lo hacen”, “¿No quieres que viva mi juventud?”, “¿Prefieres que sea un perno?”, “Soy la única que...”, son las típicas frases que los van impulsando a ceder.

La prisa envuelve lo cotidiano. No hay tiempo para pensar ni conversar.

Los padres tienen que aceptar que el control de sus hijos es posible. Este tema es central en el mundo contemporáneo. El educador y filósofo argentino Jaime Barylko ha señalado que las generaciones previas estuvieron marcadas por “el miedo a los padres”, mientras que en las actuales existe “un miedo a los hijos”:

“En este clima nos criamos, en el de los padres culpables y el de los hijos absueltos a priori... Y es cierto: los padres son culpables. Culpables de hacerse culpables. Culpables del miedo, el miedo a los hijos. Culpables de usar el miedo para eludir responsabilidades de educación, decisión, formación de valores. Culpables de no ser padres o de serlos únicamente a la defensiva...”

Por miedo a ser gigantescos y represores —continúa diciendo Jaime Barylko—, los padres se retiran de la escena y dejan a los hijos solos, explicándoles que anhelan que se desarrollen en libertad.

No se desarrollan en libertad: crecen en el vacío...

Ser hijo es enfrentarse con los padres... Si tal enfrentamiento no sucede, no hay crecimiento. El padre que se abstiene no respeta al hijo, simplemente da vuelta la cabeza y mira en otro sentido y cree que de esa manera es moderno”¹⁶.

Cada niño para crecer requiere de la autoridad de sus padres. Correctamente ejercida, la autoridad es el mejor servicio para que los hijos desarrollen su libertad y un camino seguro de mejoramiento personal.

Resulta vital retomar una comunicación real con los hijos, conocer con certeza sus preocupaciones, actividades y que ellos de verdad conozcan nuestras convicciones y lo que nos preocupa.

Las ciencias del comportamiento entregan mecanismos muy simples y efectivos que permiten alcanzar estos objetivos.

En efecto, un estudio de Conace en 2002, y corroborado en 2004, aclaró el impacto que ejerce en los jóvenes la actitud de sus padres frente a la droga. Se diseñó una ilustrativa escala en la que cada padre o madre puede saber en qué nivel se encuentra en su intento por lograr que sus hijos no caigan en el consumo. La encuesta especificaba siete actitudes o dimensiones que bien vale la pena tomar en cuenta:

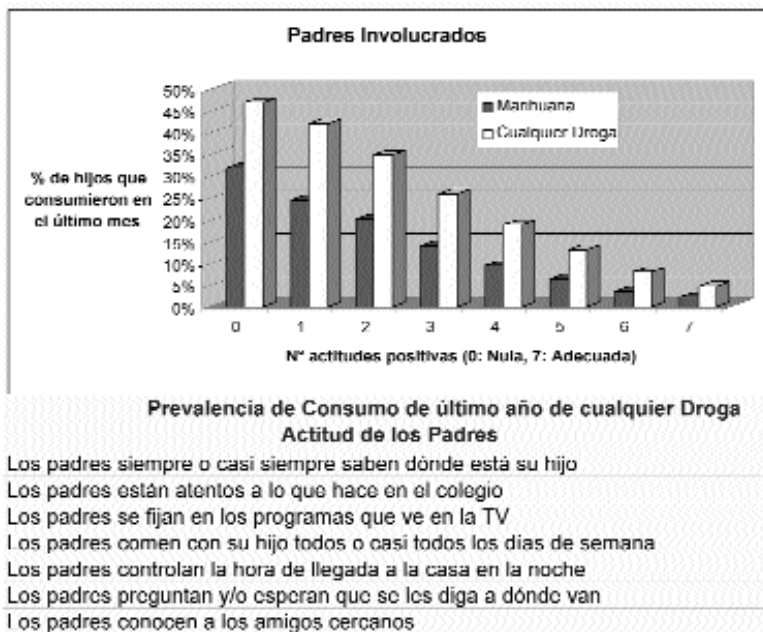
1. Siempre o casi siempre sabe dónde está su hijo.
2. Está atento a lo que hace en el colegio.
3. Se fija en los programas de TV que ve.
4. Casi siempre comen juntos en familia.
5. Controla la hora de llegada de las fiestas.
6. Espera que sus hijos le avisen a dónde salen.
7. Conoce a los amigos más cercanos de sus hijos.

La escala se comporta siempre en un sentido inequívoco. De acuerdo con los adolescentes encuestados, la relación es directa: padres involucrados, menor prevalencia de consumo de alcohol y drogas en sus hijos. Cada vez que los padres suman alguna dimensión de involucramiento, las tasas de consumo bajan; y al revés, basta que alguna actitud considerada falte para que las prevalencias suban.

Si no hace nada de lo anterior, el padre o la madre se encuentra en el 50% de probabilidad de que su hijo entre en la droga. Conace comprueba que la proporción de niños que usan alcohol en el último mes aumenta en casi tres veces entre uno y otro extremo de la escala. Los padres encuestados que logran 5, 6 y 7 puntos tienen hijos bajo el promedio nacional de consumo¹⁷.

16 Barylko, J. *El miedo a los hijos*. Emecé Editores. Buenos Aires. 1992.

17 Artes y Letras de *El Mercurio*. 5 de mayo de 2002.



Bases científicas de la prevención

Todo estudio serio del impacto de la droga plantea con más énfasis la necesidad de contar con planes y programas de prevención sistemáticos y eficientes. Poco a poco las empresas chilenas están tomando conciencia de ello. Según fuentes de la Asociación Chilena de Seguridad, unas cincuenta compañías están implementando programas de prevención y apoyan a los trabajadores que requiere rehabilitarse¹⁸.

Pareciera que la mala imagen que asustaba en el pasado con su implementación pierde consistencia frente al considerable ahorro

18 *El Mercurio*, 4 de abril de 2004.

en los costos de primas por seguro o accidentes, reducción de pérdidas por ausentismo, robo o fraude y menos accidentes y medidas disciplinarias, que se suman a los beneficios de mediano y largo plazo asociados a tener trabajadores más informados y contar con un mejor clima organizacional.

El National Institute of Drug Abuse de los Estados Unidos (NIDA), después de veinticinco años de investigación científica, ha identificado las características que debe reunir un programa de prevención para ser efectivo¹⁹.

1. Dos son los objetivos que debe perseguir un programa de prevención: retardar la edad en la que los jóvenes comienzan a consumir alcohol y evitar que lleguen a probar drogas.
2. La información que entreguen estos programas acerca de las sustancias de abuso tiene que ser objetiva, científica y actualizada. Especial importancia revisten los conocimientos que se aporten acerca del alcohol y de la marihuana. Es imprescindible mostrar con claridad de qué manera el consumo de alcohol en un niño o en un joven es muy diferente al consumo social de un adulto, tanto en relación con la responsabilidad con que se bebe como en su efecto en un cerebro en plena maduración. Respecto de la marihuana, la información debe destruir el mito de su inocuidad y mostrar que se trata de una droga altamente adictiva que se une a receptores específicos en el sistema nervioso central y afecta sensiblemente la personalidad, el estado de ánimo y los rendimientos intelectuales de quien la consume.
3. Los programas de prevención deben incluir contenidos que estimulen el desarrollo de habilidades y actitudes que actúen como factores protectores que permitan a la persona estar en condiciones de rechazar la oferta social de sustancias. Entre

19 National Institute of Drug Abuse. *Developing successful drug abuse prevention programs*. NIDA Notes 14 (6), 2000. Véase también en www.drugabuse.gov

estas capacidades pueden señalarse el desarrollo de la autoestima, la capacidad de expresarse y comunicar sentimientos y emociones, las habilidades para resistir las presiones de grupos y la implementación de conductas alternativas al consumo de sustancias químicas.

4. Los programas deben desarrollarse en los lugares mismos donde conviven las personas en riesgo: recintos de trabajo y empresas, colegios y universidades, comunidad organizada. En estas instituciones se debe trabajar en forma sistemática y persistente, ya que se sabe que acciones aisladas, aunque espectaculares, son inoperantes. El complemento a la actitud comprometida y responsable de los padres es que el colegio cuente con programas de prevención sistemáticos y efectivos. En la adolescencia es fundamental la interacción del hogar y del colegio. Muy importante es la coordinación de los padres para aclarar las formas de diversión de sus hijos, en especial los horarios y la edad en que permitirán que consuman alcohol. Como se ha señalado, su uso temprano predice el paso posterior a la marihuana y ésta predice el consumo de otras drogas ilícitas.

Toda prevención actual debe tomar en cuenta que los niños pasan un tiempo muy prolongado frente a la Internet, del cual pueden obtener informaciones falsas o distorsionadas. Estudios en Chile muestran que los escolares pasan en promedio cuatro horas al día frente a su computador. No más de 15 minutos lo emplean para hacer tareas y el resto del tiempo transcurre visitando sitios o chateando con amigos o desconocidos.

Es ideal que los programas de prevención escolares se inicien lo antes posible. Hay experiencias que comienzan con los niños del jardín infantil, enseñándoles principios básicos del autocuidado y de la salud, y que continúan en la escuela básica con el desarrollo de capacidades integrales que les permitirán resistir los ofrecimientos de sus pares. Dos o tres años antes del posible contacto con las sustancias se agregan contenidos específicos acerca del cigarrillo, alcohol y droga, sus mitos y sus

efectos negativos que tendrán en el desarrollo de sus vidas.

5. La prevención es más efectiva cuanto más actores incluya. Por ejemplo, los programas más eficientes de prevención a nivel escolar son los que comprometen a los alumnos, a los profesores y a los padres. A nivel de empresas son más exitosos los que hacen participar a los trabajadores y sus familias, a los supervisores y a los ejecutivos. El programa para estos actores decisivos en la prevención debe incluir información clara sobre los riesgos del consumo, capacitación en detectar uso de alcohol o droga en un hijo, un alumno o un subordinado, y habilidad para superar los fenómenos de codependencia. En definitiva, ser capaz de tomar iniciativas específicas para ayudar al afectado. En el caso de los padres, un buen programa de prevención debe proporcionarles entrenamiento específico en su capacidad de comunicarse con los hijos y establecer límites y disciplina.

Una de las dinámicas sociales más importantes en la extensión del consumo de drogas es la creencia errada de que las estrategias de prevención y de tratamiento carecen de rendimiento, y que se haga lo que se haga la situación es incontrolable. La experiencia internacional es la opuesta. La investigación es concluyente en demostrar que la prevención realizada en base a programas que incorporan los conocimientos de las neurociencias y de las ciencias del comportamiento, si bien no consiguen evitar absolutamente el problema, permiten reducirlo y mantenerlo en niveles manejables.

La decisión final

Hay un momento en que finalmente el niño tomará la decisión. Es sólo él quien accederá a probar o alejarse de la droga. Puede ocurrir en una simple “junta” entre compañeros de colegio, en una fogata en la playa o en la misma casa cuando un hermano llega con la novedad: “Mira lo que tengo”. No

sucede necesariamente en locales camuflados, con participación de traficantes o en poblaciones inundadas de este comercio. La primera vez suele darse en ambientes cercanos, para nada sórdidos o extravagantes, ni con compañías especiales.

Ante la oferta, el joven debe contestar de inmediato. No tiene tiempo para consultar a nadie. Lo que desearían sus padres es que en ese instante su hijo tuviese el valor para decir “no”. Eso es lo que esperan de la prevención.

Pero para que pueda negarse tienen, que conjugarse en él distintas fortalezas. Por una parte, necesita disponer de la información adecuada. Si no ha internalizado que la marihuana es negativa para su desarrollo, por qué debería negarse a probarla. Si en su familia se abusa del alcohol, qué le hará abstenerse de no tomar él también más de la cuenta o probar otra sustancia química. **Este factor corresponde al componente educativo de la prevención.**

Psicológicamente el ofrecimiento equivale a una presión de los pares: “Ya varios probaron el pito, atrévete tú”. Si el joven se niega, le insistirán, se burlarán de él o lo amenazarán.

Un buen nivel de autoestima es la condición indispensable para poder decir que no. Cuando el joven no ha alcanzado un grado adecuado de confianza en sí mismo busca ser aceptado por el grupo y puede tolerar y participar en cualquier conducta que se le proponga, por descabellada que ésta sea. **En esto reside el componente psicológico o emocional de la prevención.**

La decisión de probar o no la droga es al final de cuentas una conducta ética o valórica. En los últimos años diversos autores han hablado de una inteligencia espiritual, que es la capacidad de captar con mayor amplitud el contexto y el sentido que tienen nuestras acciones. Si el niño ha sido educado con la creencia base de que la vida tiene un sentido que va más allá del placer inmediato, es fácil que se niegue a probar esa sustancia con la cual podrá pasar un buen momento, pero que él ya ha internalizado que no es compatible con su proyecto de vida. Estos valores han sido transmitidos en el seno de la familia, por lo que

desde luego sentirá defraudar a sus padres, pero también a todo aquello por lo que ha optado y cree. En este sentido, los estudios de vulnerabilidad han demostrado que el compromiso religioso y la pertenencia a grupos comunitarios de acción social son factores protectores del consumo de droga. **Éste es el componente valórico o espiritual de la prevención.**

El consumo de drogas tiene en su comienzo un componente ético. Lo que el hombre siempre busca es el placer, pero su libre voluntad es la que elige entre el goce físico, que por definición es egoísta y busca sólo la propia satisfacción, y el placer que reporta la relación con el otro. El placer físico produce una recompensa intensa, inmediata, pero poco duradera. Llama a la repetición y por eso puede conducir a la adicción. No sólo existe adicción a las drogas, también a la comida, a los azúcares como el chocolate, los juegos de azar, la televisión, los juegos electrónicos, la violencia o el sexo. El placer que resulta de la interacción con el otro no es inmediato; implica un trabajo, ceder, negociar y la posibilidad de rechazo. Pero es duradero y va fortaleciendo la autoestima.

La elección entre consumir y abstenerse implica este juego de la libre voluntad; esta libre voluntad que de continuar el consumo se irá reduciendo progresivamente. La rehabilitación del adicto no es otra cosa que devolverle la posibilidad de elegir a una persona cuyo comportamiento evidenciaba que era esclavo de su cerebro enfermo. El libre albedrío es la esencia del ser humano. Éste es un punto clave de la enfermedad de la adicción y por eso hablamos de la enfermedad de los sentimientos.

OTROS TÍTULOS

Nuevos pensamientos, nuevos mundos

Patricia May

Sigo. Bizarro

Sergio Paz

El círculo maldito

Lilian Olivares

Cocina Ya

Varios autores

Adornos en el espacio vacío

Gustavo Barrera Calderón

Pinochet. La biografía

Gonzalo Vial

Página 3

Jimmy Scott

Guía práctica de mis finanzas personales

Juan Jaime Díaz / Manuel Silva

El secreto de las siete semillas

El espejo del líder

El camino del líder

David Fischman

De zorros, amores y palomas. Memorias

Fernando Balmaceda del Río

Jardines y huertos orgánicos.

Guía práctica paso a paso

Walter Rathgeb Penza

Periodismo en primera persona

Ximena Torres Cautivo

Para leer a Proust. La mirada de Alone

Daniel Swinburn

Conversaciones con la libertad

Lucía Santa Cruz

Este libro se terminó de imprimir en el mes de abril de 2005, en los talleres de Quebecor World Chile S. A., ubicados en Pajaritos 6920, Santiago de Chile.
