

TEMA DE REVISION PROBLEMATICA DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS: UN ENFOQUE HOLISTICO

Dr. Martín Nizama Valladolid,*

RESUMEN

Desde una aproximación holística, se aborda el controversial problema adictivo. Primeramente, se desbrozan los principales prejuicios científicos y sociales que vienen distorsionando la visualización del fenómeno, lo cual sesga su manejo en el ámbito de salud, en perjuicio de la comunidad.

También, se consigna la definición de la OMS (CIE-10 Borrador); y a partir del enfoque ecológico se propone un marco etiológico multicausal; asimismo, se aborda el diagnóstico del problema de las drogas en el plano internacional y nacional. De igual modo, se procura conceptualizar el entorno social y el entorno familiar del enfermo. Igualmente, se sistematiza la psicopatología tanto del entorno familiar como del adicto y la historia natural de la adicción.

Desde la perspectiva ecológica, se afirma la necesidad de rescatar la adicción para el campo de la psiquiatría. También, se aclara que el abordaje terapéutico-preventivo de la adicción, es transdisciplinario; asimismo, que la conducción médica del equipo de salud es imprescindible, como también lo es, el protagonismo de la familia en todos los quehaceres del proceso terapéutico-preventivo, el cual es prioritariamente educativo y reeducativo.

Finalmente, se hacen seis propuestas alternativas orientadas a abordar correctamente el problema en el sector salud.

SUMMARY

From the standpoint of an overall view, people are led into the controversial problem of addiction. the first step is to clear away the main scientific and social prejudices that distort the true visualization of this phenomenon. these prejudices have an unsteady influence in the handling of this problem in the health area and are further damaging to the community.

In addition, the definition of the OMS (CIE-10 Borrador) is ordered and organized, and from an ecological point of view we propose an etiological model be used. We also want to attack the national and international way that the drug problem is outlined. further, we want to clearly visualize the social and family environment of the patient. The psychopathology should be systematized both from the standpoint of the family environment as well as from the standpoint of the addict himself and his history of addiction.

From the ecological (environmental) point of view, the need to rescue the addiction situation and place it in the psychiatric area. Further, the attack on addiction by preventive therapy is transdisciplinary, and the family participates in the various preventive therapy work. This is mainly educational and, in many cases, re-educational.

Finally, there are six related proposals which we make in order to attack the problem correctly in the health area.

UNITERMINOS

- Dependencia de drogas
- Fármacodependencia
- Adicción.

SINONIMIA

Drogadicción, fármacodependencia, narcodependencia, drogodependencia, toxicomanía o adicción, alcoholismo, conducta adictiva, adicción química o tabaquismo.

INTRODUCCION

La DEPENDENCIA DE DROGAS, es una ENFERMEDAD crónica que, en la actualidad, se ha expandido prácticamente a casi todos los países del orbe. Es una pandemia que sobrepasa los límites socioeconómicos, culturales y educacionales existentes.

La humanidad, inequívocamente, viene perdiendo la lucha contra ésta enfermedad que, en forma progresiva, degrada implacablemente al dependiente de drogas y a su entorno sociofamiliar inmediato. Empero, ni la familia, ni la sociedad, ni los Estados han asumido una actitud consciente y responsable ante el fenómeno adictivo.

En relación a la prevalencia de la enfermedad, se puede aseverar de modo incontrastable, que con los métodos científicos convencionales, es evidentemente improbable determinar con precisión la cantidad de adictos existentes en la comunidad internacional y nacional. Esta insuperable limitación fáctica actual se debe, principalmente, a que el adicto es un sujeto que NO SE SIENTE ENFERMO; asimismo, CARECE DE HONESTIDAD para suministrar información confiable; igualmente, el ESTIGMA SOCIAL de la enfermedad es un poderoso factor inhibitorio de la disposición de colaborar con el registro de datos. Además; siempre es difícil LOCALIZAR a este enfermo para someterlo a entrevistas con encuestas de hogar, por ejemplo. Con todo, si el azar posibilita ubicar al usuario compulsivo de drogas, éste generalmente se muestra EVASIVO o NEGATIVISTA a colaborar con la encuesta; en todo caso, ENCUBRE sistemáticamente o MINIMIZA la información requerida.

De otro lado, los estudios epidemiológicos por encuestas que se realizan actualmente; éstos se efectúan bajo los principios y con metodología de marketing, en que se asume apriorísticamente la honestidad y predisposición de colaboración del entrevistado. Como se sabe, en el campo de la dependencia de drogas la realidad es muy distinta.

En tal sentido, los estudios por encuestas, simplemente intentan medir el CONSUMO más no la ADICCIÓN; ello, es corroborado por Saavedra quien también enfatiza que los estudios de proyección nacional, sólo se han limitado a registrar FRECUENCIA DE USO, lo cual no es un parámetro para medir la dependencia de drogas (1). Los INDICADORES DIRECTOS de esta enfermedad, son entre otros: Apetencia compulsiva por las drogas; síndrome sicopático, síndrome de abstinencia, tolerancia, intoxicación aguda o crónica; además otros síndromes tales como: Inconsciencia de enfermedad, simulación y amotivacional.

Cabe hacer este deslinde, puesto que las estadísticas epidemiológicas sirven de base para la toma de decisiones políticas en el nivel gubernamental. Obviamente, que el sesgo de dichas estadísticas conduce a las políticas o actitudes contraproducentes que, a menudo, se observan en algunos gobernantes.

De igual modo, conviene precisar que todos los INDICADORES INDIRECTOS, muestran que el fenómeno adictivo continúa IN CRESCENDO en forma acelerada e implacable en el país. Así, han aumentado los porcentajes de solicitud de asistencia en los servicios médicos especializados y en los servicios de emergencia hospitalaria (2). Igualmente, con frecuencia creciente la dependencia de drogas es señalada como causa de mortalidad en las morgues del país. También, aumentan los porcentajes de criminalidad; ésta a menudo practicada con suma ferocidad. Del mismo modo, se ha elevado la frecuencia de detenciones policiales, encarcelamientos y de conducta delictiva relacionados con el uso compulsivo de drogas en todas las urbes peruanas. De la misma manera, son cada vez mayores las tasas de deserción escolar, bajo rendimiento académico y de comportamiento antisocial a través de temibles pandillas juveniles que asolan las calles de las principales ciudades del país. Sólo en la ciudad de Iquitos, en octubre de 1991 registramos 17 de estas bandas juveniles, integrada cada una por 10 a 30 miembros, que se dedican al consumo desenfrenado de drogas alcohólicas y no alcohólicas; y así en estado de intoxicación aguda, efectúan grupalmente la violencia indiscriminada, alternada con actos delictivos contra los transeúntes o domicilios. Este primitivismo antisocial colectivo es común en la capital de la República; desde donde se ha extendido al resto del país.

* Médico Siquiatra.
Jefe del Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
 Profesor de Siquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
 Fundador y Asesor Científico de la Asociación Nacional de Familiares para la Prevención y Rehabilitación de la Drogadicción. ALERTA FAMILIA.

Asimismo, cabe relievár el aumento preocupante de las tasas de bajo rendimiento y/o deserción laboral. Tampoco se puede escotomizar el incremento de los accidentes de tránsito atribuibles a ingesta de drogas lícitas e ilícitas. Otros indicadores tangibles, son el auge de la microcomercialización de drogas ilícitas, el mayor consumo de alcohol per capita en la población nacional; al igual, que la extensión del uso compulsivo de drogas a los diferentes grupos de edad: Niños, adolescentes, adultos e incluso a la senectud. Dicha extensión involucra también a no pocos centros laborales, algunas reuniones de directorio, a ciertos clubs sociales y determinadas fiestas o actividades recreacionales, en todos los estratos sociales.

También, se debe señalar el extendido consumo encubierto de cocaína en determinados grupos de las élites sociales del país, en los que erróneamente se cree que «La cocaína no es dañina, en cambio la PBC, sí lo es».

En relación al sexo, es cada vez más estrecha la diferencia entre ambos géneros. Igualmente, la comunidad nacional constata en forma cotidiana la presencia en Iquitos, Pucallpa, Cuzco, Piura, Huancayo, Chiclayo, Trujillo e Ica entre otras ciudades, la presencia creciente de adictos que practican la mendicidad en las calles, que cumplen la labor de limpiacarros en las calles y esquinas; o simplemente se dedican a asaltar a los transeúntes; cuando no, a sustraer accesorios de vehículos, a ejercer la prostitución o practicar conductas homosexuales, entre otros comportamientos degradantes.

También, es patético comprobar a lo largo y ancho del país que grupos de adictos, en ESTADIO TERMINA, pernoctan en los parques, jardines o plazas; y a menudo, en rústicas covachas en las orillas de los ríos: Rimac o Amazonas, por ejemplo.

Igualmente, no son infrecuentes: la ruptura del vínculo de pareja, la desintegración familiar, la violencia, el homicidio y el suicidio relacionados con el uso adictivo de drogas lícitas e ilícitas o la occisión provocada por la sobredosis accidental.

Sólo es factible hacer una descripción cualitativa de los hechos precedentes, puesto que no se disponen aún de estadísticas nacionales confiables al respecto.

En conclusión, no es exacto que el problema de la adicción tienda a estabilizarse en el Perú. Tampoco es ético encubrir o minimizar el fenómeno, refiriendo, por ejemplo, que éste se circunscribe mayormente al ámbito de Lima y Callao; y que en el resto de la República, su presencia es poco menos que insignificante. Aceptemos, que en la actualidad no sólo somos

los primeros productores mundiales de la hoja de coca. También, tenemos un grave problema de consumo adictivo de drogas alcohólicas y no alcohólicas, que obstinadamente se pretende soslayar, encubrir o minimizar. El Perú es un país productor, consumidor, y no únicamente productor de la materia prima de la cocaína.

No se puede dejar de señalar, el inexcusable vacío dejado por el Ministerio de Salud, a lo largo de los cinco lustros de historia que tiene actualmente este fenómeno en el país.

DEFINICION DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS

Según la Organización Mundial de la Salud (3) y la Asociación Psiquiátrica Americana (4), la dependencia de drogas es una ENFERMEDAD sicotóxica crónica. La OMS define esta enfermedad como sigue: La dependencia a sustancias psicoactivas, es una «Serie de manifestaciones de índole fisiológica, de conducta o cognoscitiva que se relacionan con el uso de alguna sustancia psicoactiva y toman prioridad sobre otras conductas previas. Una característica medular del síndrome de dependencia, es el deseo imperante de utilizar la sustancia por su efecto farmacológico».

CAUSAS

Las causas de la dependencia de drogas son múltiples. Probablemente, en orden de importancia decreciente, éstas serían las siguientes:

- 1.- Socioeconómicas y culturales: Consumismo, hedonismo y factores de riesgo.
- 2.- Familiares: Desajustes familiares abiertos o encubiertos.
- 3.- Síquicas: Inmadurez profunda de la personalidad y desajustes síquicos crónicos.
- 4.- Orgánicas: Vulnerabilidad biológica.
- 5.- Genéticas: Predisposición genética.
- 6.- Farmacológicas: Según poder adictivo de cada droga.

DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA

En 1988, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos, calculó que durante ese año alrededor de 28 millones de norteamericanos consumieron, en algún momento, drogas ilegales con un costo directo de más de 79,000 millones de dólares (5).

El mismo NIDA, informó que el año 1988 más de 21 millones de estadounidenses admitieron haber probado cocaína por lo menos una vez, y que el 50 por ciento de aquéllos había consumido dicho alcaloide durante el año anterior.

Adicionemos estas cifras a las de más de 65 millones de consumidores de marihuana que lo fueron desde siempre, y los 21 millones de usuarios recientes (5) de dicha sustancia.

En el ámbito financiero, en 1990 la revista londinense THE ECONOMIST, comunicó que por cada dólar invertido en producción de drogas, se obtiene una ganancia de 5,000 dólares. Asimismo, informó que los ingresos anuales estimados por expendio de cocaína era entre 76,000 á 181,000 millones de dólares para los Estados Unidos de Norteamérica y sólo de 1,300 a 2,800 millones de dólares para el Perú. Por ende, el país que aporta más del 60 por ciento de la recolección mundial de hoja de coca, se beneficia únicamente con el 1.6 por ciento de las ganancias anuales de la transnacional de la cocaína, y el país que consume el 80 por ciento de la producción internacional de la industria de la cocaína, se queda aproximadamente con el 98.4 por ciento de la liquidez del vil negocio. Entonces, ¿Quién es el responsable primario de este macro fenómeno consumista?. La respuesta es axiomática: LA DEMANDA crea la OFERTA, EL CONSUMO estimula la PRODUCCION.

DROGAS DE MAYOR CONSUMO EN EL PERU

Entre sustancias lícitas e ilícitas en el Perú mayormente, se consumen 8 drogas en dimensión epidemiológica. En orden de mayor a menor frecuencia e intensidad de consumo, estas sustancias psicoactivas son las que a continuación se mencionan: Alcohol, nicotina, cafeína, fármacos ingeridos por automedicación, pasta básica de cocaína (PBC), marihuana, clorhidrato de cocaína e inhalables.

Respecto al alcohol, estudios de prevalencia sugieren que alrededor de 15 por ciento de la población peruana presenta uso excesivo o adictivo de esta droga lícita (6). No olvidemos, pues, que el alcohol es la DROGA MAYOR, desde siempre, en el Perú y en la comunidad internacional.

En relación al problema de la coca, se estima que actualmente habrían entre 320,000 á 600,000 Has. cultivadas de Erithroxylon coca, distribuidas en la Ceja de Selva y Selva alta del Perú. también se calcula que más de 300,000 personas subsisten merced a esta informal actividad agroindustrial, cuya expansión se inició en 1975. En 1978, comenzó en el país la elaboración del clorhidrato de cocaína en proporciones industriales, para efectos de exportación al gran mercado norteamericano y ahora al mercado europeo (7) y asiático.

En el campo epidemiológico, no se disponen de datos confiables. Las encuestas nacionales efectuadas con loable intención, aportan cifras muy por debajo de la realidad. Sólo

muestran la punta del iceberg. Obviamente, que dichos datos minimizan o distorsionan la dimensión del problema, por lo que son de escasa utilidad práctica. Al respecto, SAAVEDRA puntualiza que este sesgo ha sido más palpable en la última encuesta nacional urbana, realizada en 1988, donde se encontró que ha habido una disminución en el consumo de casi todas las sustancias psicoactivas (8), lo cual evidentemente contradice flagrantemente la realidad. Así, es inverosímil que la prevalencia de uso de PBC, alguna vez en la vida, haya decrecido de 4 por ciento en 1986 (9) a 2.8 por ciento en 1988 (10).

MICROCOMERCIALIZACION

En el país existen las siguientes modalidades de microcomercialización de drogas ilícitas:

1) MODALIDAD FIJA, se considera que sólo en Lima y Callao habrían aproximadamente 3,000 lugares fijos de microcomercialización de drogas ilícitas y a la vez, se estima que cada lugar abastece en promedio a 100 usuarios, tenemos que al rededor de 300,000 adictos concurren a adquirir sus drogas preferidas en dichos lugares denominados «Huecos» por ellos; 2) LA MODALIDAD AMBULATORIA, mediante un indeterminado número de ambulantes que ofrecen las drogas alrededor de los centros educativos, salsódromos, etc., y 3) MODALIDAD MOVIL, por la cual los microcomercializadores intermediarios distribuyen las drogas a domicilio, al centro laboral o al centro recreacional desplazándose rápidamente en vehículos motorizados. En efecto, estimamos que otros 300,000 usuarios adquieren las drogas mediante estas dos últimas modalidades. Siguiendo este mismo método de aproximación para el resto del país, se asume que unos 200,000 adictos se encuentran distribuidos en todas las ciudades del país. Es probable entonces, que en la actualidad en el Perú podrían haber no menos de 800,000 adictos a drogas ilegales, de las cuales aproximadamente el 75 por ciento son dependientes principalmente a PBC. El resto, serían dependientes de marihuana, cocaína o sustancias volátiles. Esta última droga es consumida, preferentemente, por niños, pobres en estado de marginalidad sociofamiliar.

La mayor proporción de la población que presenta dependencia de drogas son ADICTOS ENCUBIERTOS o asolapados. Se estima que por cada 10 adictos encubiertos hay un adicto visible que hace uso abierto de las drogas.

ENTORNO SOCIAL

En general, en la sociedad peruana prevalecen actitudes negativas en relación a la percepción, valoración y afronte del

fenómeno adictivo que nos ocupa. Existe una especie de «Venda en los ojos» en el conjunto de la sociedad, en la que tienen prelación una constelación de mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas respecto a esta enfermedad. La base de esta distorsión, es la desinformación y los patrones educativos malsanos.

En la esfera sicosocial tienen prevalencia la tolerancia, la indiferencia, las actitudes y acciones punitivas; el rechazo, la repulsión y el temor al adicto; al igual que la conmiseración, estigmatización, abominación y la discriminación del enfermo.

En el área de la subcultura de las drogas, tiene omnipresencia la alienación sicosocial, la decadencia de valores, la vacuidad espiritual, el materialismo consumista y el liberalismo excesivo. Además; forma parte de esta trama sicosocial, la replana privativa que emplean los usuarios para comunicarse entre sí, la fácil disponibilidad de dinero; al igual que la fácil disponibilidad de las drogas; asimismo, la presión amical de los usuarios crónicos de dichas sustancias, y las ocasiones sociales de consumo.

ENTORNO FAMILIAR

Por ser la familia, la célula básica de la sociedad, es ella la expresión más fiel de la patología social relacionada con la adicción. Examinemos a continuación qué acontece en su seno.

La Familia del Adicto

La familia del adicto, progresivamente, presenta las siguientes actitudes inadecuadas y síntomas:

- 1.- **INCAPACIDAD** para la detección precoz del adicto. Generalmente los familiares son los últimos en informarse de la presencia de un dependiente de drogas entre sus miembros.
- 2.- **DETERIORO DE LA COMUNICACION** en la convivencia familiar. A menudo, se aíslan. No dialogan entre sí, lo hacen de modo frívolo o utilitario.
- 3.- **NEGACION** de la adicción entre los miembros de la familia. Se muestran con una especie de «Venda en los ojos» o «Ciegos»; es decir se niegan a aceptar la realidad tal cual es; en todo caso minimizan el problema adictivo, lo encubren o simplemente lo evaden. Otros familiares rechazan el tratamiento o únicamente muestran interés momentáneo por la rehabilitación del enfermo. Siempre encuentran excusas o justificaciones espurias para **DESERTAR** de los programas de tratamiento o para hacerlos fracasar.

- 4.- **Creencia en la «CURA MAGICA».** Demandan soluciones instantáneas breves o fáciles. Creen que la adicción se puede resolver con la simple administración de sicofármacos. También, piensan que el adicto puede abandonar el consumo merced a la simple persuasión del terapeuta. Igualmente, creen que el problema se soluciona simplemente con «Curas de desintoxicación», «Curas de sueño», internamiento de algunos meses, amenazas, castigos o expulsiones del hogar. Otros familiares recurren al «Cambio de ambiente» o lo hacen contraer matrimonio.
- 5.- Se encuentran **POSEIDOS** por el **FANTASMA** del adicto. Lo creen omnisciente, omnipotente y superdotado intelectualmente. Le facilitan el comportamiento omnimanipulador y ególatra. No oponen límites a sus excesos o abusos.
- 6.- Ceden todo el **PODER FAMILIAR** al enfermo. Consienten que él ejerza un poder destructivo sobre la familia. A menudo, estimulan o apoyan su comportamiento tiránico en contra del grupo familiar. Prácticamente aceptan una opresión incua de él. Muchas veces, se someten incondicionalmente a su inacabable comportamiento caprichoso, soberbio y demandante.
- 7.- Son **MANIPULABLES** por el adicto. Le hacen todos sus «Gustos» o toleran ilimitadamente sus mentiras o estrategias; al igual que su prepotencia y cinismo. Se dejan manipular ingenuamente en función del ventajismo materialista del paciente. Finalmente, él «Hace y deshace de su familia». A menudo, acaban convertidos en sus títeres o marionetas. Permiten que el enfermo los **USE** sin contemplaciones.
- 8.- Prevalece la **SIMBIOSIS**, la **SOBREPROTECCION**, el **AUTORITARISMO** tiránico o el **DESAFECTO** en la convivencia familiar o de pareja.
- 9.- Demuestran una creencia inconvencible en la **VOLUNTAD** de curación del adicto. Obcecadamente, creen en la «Fuerza de voluntad» del enfermo y piensan que «Todo depende de él». Se dejan seducir por sus reiteradas **PROMESAS** de aceptar los tratamientos. Ni las continuas reincidencias en el consumo los persuade de su craso error.
- 10.- Prevalecen en el seno familiar intensos sentimientos de **CULPA**, **MIEDO** o **COLERA**; asimismo experimentan **CONMISERACION**, **DEPRESION**, **ANGUSTIA**, **FRUSTRACION** o **DESESPERANZA**. El paciente los manipula induciéndoles a sentir estos sentimientos o emociones insanas. Finalmente, la familia siente impotencia, minusvalía e incapacidad de afrontar el problema. En estas condiciones, hasta creen equivocadamente que él es incurable.

En suma, la familia **FACILITA**, **OBSTRUYE** o **IMPOSIBILITA** el éxito final del tratamiento. Probablemente, un 60

por ciento de familias imposibilitan la ayuda terapéutica, mejor dicho, son familias inayudables; 35 por ciento de ellas obstruyen tenazmente el tratamiento hasta hacerlo fracasar; y sólo un 5 por ciento de las familias facilitan el tratamiento hasta el éxito final.

La fenomenología clínica del entorno familiar, paralela al proceso adictivo del usuario, cursa a través de las siguientes etapas (11):

ETAPAS

- 1.- CIEGA.- En la que los familiares desconocen el consumo de drogas entre sus miembros.
- 2.- ENCUBRIMIENTO.- Caracterizada porque los familiares se ocultan mutuamente el problema.
- 3.- NEGACION.- Los familiares están informados de la existencia de adictos entre sus miembros; sin embargo, se resisten a aceptarlo.
- 4.- MARGINACION DEL PACIENTE.- Se produce ruptura de los vínculos afectivos; y los familiares mayormente no lo consideran parte del grupo íntimo. Lo excluyen o rechazan sistemáticamente de la convivencia familiar. Otras veces, simplemente lo ignoran.
- 5.- CRISIS EMOCIONAL.- Se caracteriza por la aguda quiebra afectivo-emocional de la familia. Sus miembros experimentan angustia, culpa, depresión, temor, frustración e impotencia ante la incapacidad para controlar la grave conducta antisocial del enfermo.
- 6.- ENDOSAMIENTO.- Los familiares, de manera abierta o encubierta y de la forma más expeditiva posible procuran deshacerse o liberarse del paciente. Por ejemplo, le facilitan viajes dentro del país o al exterior; le propician vínculo conyugal sin informar a la pareja su conducta adictiva, lo internan en algún nosocomio o lo expulsan del hogar entre otras conductas contraproducentes.
- 7.- BLOQUEO COGNOSCITIVO.- Es un estado de torpeza mental («estupidización») debido al bloqueo intelectual provocado por la intensidad de la crisis emocional, a causa de la gravedad insoportable del comportamiento antisocial del adicto. En esta etapa los familiares son fácilmente manipulables por el paciente. La familia se encuentra en riesgo inminente de agresiones, sustracciones de sus bienes, etc.
- 8.- DESENLACE TERMINAL.- Es el destino final de la familia que no buscó o no encontró ayuda médica precoz y adecuada. En esta etapa se dan las siguientes vías finales comunes:
 - 8.1 Desorganización.- Se caracteriza por la convivencia caótica, crítica y por la quiebra total de los roles.
 - 8.2 Homeostasis patológica.- Es el desajuste crónico de la convivencia familiar. Prevalece la depresión, an-

gustia permanente y la sicopatización familiar entre otros síntomas sicopatológicos. La familia está enferma y a merced del comportamiento abusivo o perverso del adicto.

- 8.3 Desintegración.- Es la ruptura del grupo familiar. Se produce así el fin de la familia como tal.
- 8.4 Ajuste espontáneo.- Es la reorganización de la familia sin ayuda profesional, luego de un prolongado período de convivencia crítica con el adicto.

Sólo un porcentaje mínimo de familias ACEPTAN la adicción desde el inicio o en el curso de alguna de las etapas descritas.

EL ADICTO

El individuo INMADURO, desajustado y vulnerable, expuesto al RIESGO, es la víctima final de todo un proceso de descomposición social subyacente. Cabe precisar, que en promedio, durante los cuatro primeros años de la enfermedad, el adicto ENCUBRE hábilmente la conducta adictiva ante su familia. Durante ese lapso pasa desapercibido como drogadicto. Es una especie de prolongado período invisible. Posteriormente, ya en estado AVANZADO o en estado TERMINAL este enfermo, mayormente, presenta las siguientes características clínicas (11).

- 1.- Es un ENFERMO DE LA VOLUNTAD. Carece de control de la apetencia compulsiva de las drogas que usa.
- 2.- No se siente enfermo. Carece de CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, y por el contrario, se siente el miembro más sano del grupo sociofamiliar. Niega obstinadamente el consumo de drogas, lo minimiza o encubre.
- 3.- Carece de MOTIVACION genuina para el tratamiento. Por ello, rechaza la intervención terapéutica, la evade, la boicotea, simula estratégicamente el deseo de rehabilitarse; en todo caso, utiliza el tratamiento para manipular a su familia o al terapeuta.
- 4.- Progresivamente, adopta comportamiento ANTISOCIAL, rebelde o desadaptado. Se conduce con avezado cinismo.
- 5.- Lleva «DOBLE VIDA». Para encubrir o minimizar su consumo aparenta un comportamiento correcto ante la familia; y al margen de ella, desenvuelve la conducta adictiva en forma, a menudo, desenfrenada.
- 6.- Asimismo, es MENDAZ, MANIPULADOR y SOBREVIVIENTE en grado sumo. Se muestra verborreico y extremadamente hábil en la persuasión.
- 7.- Progresivamente se torna IRRITABLE, AGRESIVO o PREPOTENTE.
- 8.- Derrocha el dinero o sustrae objetos si no dispone de capacidad adquisitiva.

Etapas de la adicción:

La historia natural de la adicción, mayormente, cursa a través de las siguientes etapas (11):

ETAPAS

- 1.- EXPERIMENTAL
- 2.- DE HABITUACION
- 3.- DEPENDENCIA
 - Antisocial o sicopatización
 - Deterioro somático
 - Síncosis tóxica
- 4.- DESENLACE TERMINAL
 - Anomia social
 - Mendicidad
 - Prisión
 - Confinamiento
 - Occisión
 - Remisión espontánea.

TRATAMIENTO

Mayormente, los aspectos relacionados con la dependencia de drogas, son sumamente **CONTROVERSIALES**. El conocimiento científico consensual acerca de la adicción química, es realmente magro. De modo, que en este campo, nadie puede atribuirse, para sí, el monopolio de la verdad.

La prevención, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento, a menudo, desencadenan apasionamiento, confrontaciones, actitudes sectarias o dogmáticas, y no pocas veces, lucha encubierta y anética de intereses, por la captación de la cooperación técnico-financiera internacional en beneficio de grupos u organizaciones hegemónicas y monopólicas.

Así, el área del tratamiento es controversial en sumo grado. Dicha controversia, se da en todos los quehaceres del proceso terapéutico, de rehabilitación y del seguimiento. Con todo, en el ámbito internacional y nacional, los estudios más serios, se orientan a coincidir concretamente en los siguientes aspectos:

- 1.- El tratamiento del adicto es **INTEGRAL, INTERDISCIPLINARIO** y a **LARGO PLAZO**. El médico especialista en dependencia de drogas, es quien necesariamente, conduce el tratamiento y al equipo de trabajo, cualquiera que sea la naturaleza o el enfoque del problema terapéutico.
- 2.- No es correcto prescindir de la conducción médica del tratamiento de una enfermedad crónica como es la drogadicción.
- 3.- La intervención terapéutica debe **COMENZAR** por la

familia. Ella, es **INSUSTITUIBLE** durante todo el proceso terapéutico, hasta el éxito final.

- 4.- La familia, es el agente terapéutico **PRINCIPAL** en la intervención de largo plazo. Sin un rol preponderante de la familia, el más sofisticado programa terapéutico fracasará inexorablemente; puesto que es ella la que **CONVIENE** con el enfermo.
- 5.- Todo tratamiento se efectúa a través de un **PROGRAMA TERAPEUTICO** de largo plazo, con objetivos claros y estrategias realistas, basadas esencialmente en el compromiso familiar con el tratamiento y en los **CAMBIOS** de los patrones de comportamiento malsanos prevalentes en su seno.
- 6.- Las instituciones médicas deben ofrecer **VARIADOS** programas terapéuticos, a fin de que el mayor número de familias puedan beneficiarse de los **DIFERENTES TIPOS DE AYUDA** que requieren.
- 7.- El programa de tratamiento debe centrar el **FOCO DE ATENCION** fundamentalmente en la familia, y no sólo en el enfermo.
- 8.- No es verdad que un adicto puede ser rehabilitado, en forma definitiva, mediante «Curas de desintoxicación», «Curas de sueño», sedación prolongada, internamientos sin programa terapéutico o únicamente con sesiones de sicoterapia individual, entre otros procedimientos tradicionales. Se impone la búsqueda de tratamientos innovadores, **EFFECTIVOS** a más de diez años de seguimiento.
- 9.- Igualmente, es improbable que los tratamientos **EMPIRICOS**, sin conducción médica especializada, tengan algunas posibilidades de éxito. Tras internamientos breves o prolongados en supuestos centros de rehabilitación, el paciente reincide en la conducta adictiva, a veces, con mayor intensidad. Al respecto en la actualidad existe un mercantilismo desembosado. Así, las "casas de reposo" conducidas por supuestos ex-adictos, son mero lucro y nada más.

PREVENCION

En el ámbito preventivo, se propone lo siguiente:

- 1.- Enfocar la acción preventiva principalmente en la **FAMILIA** y no sólo en el individuo supuestamente vulnerable.
- 2.- Desarrollar programas preventivos, únicamente, con grupos familiares en situación de **RIESGO** de adquirir la enfermedad.
- 3.- Desechar las **INDISCRIMINADAS** campañas antidrogas, puesto que no han dado resultados favorables en ningún país; carecen de un sólido fundamento científico; y probablemente, pueden incentivar la curiosidad en las personas vulnerables y desajustadas.
- 4.- Es más, la mayoría de adictos refieren que los mensajes

antidrogas propalados por los medios de comunicación social, ESTIMULAN su apetencia incontrolable por las drogas y los INDUCEN a drogarse.

- 5.- Los programas preventivos deben ser primordialmente EDUCATIVOS y secundariamente informativos. La mera información no genera actitudes sanas; en cambio la educación sí promueve hábitos, actitudes y conductas saludables. La información es necesaria, empero es insuficiente.
- 6.- Combatir por igual las drogas LICITAS e ILICITAS; puesto que todos los enfermos inician su historia adictiva con drogas legales; además, las sustancias lícitas, generalmente, son usadas como drogas enlace en el uso de PBC, cocaína o marihuana.
- 7.- Implementar programas preventivos-educativos con carácter CONTINUO. Carecen de utilidad práctica las acciones episódicas, voluntaristas o simplemente bien intencionadas.
- 8.- Antes que referirse meramente a las drogas los programas preventivo-educativos, básicamente, deben estar orientados a promover y COHESIONAR la institución familiar. Recuérdese que «En familia armónica, las drogas no tienen espacio».
- 9.- La educación preventiva debe implementar por igual a los PADRES, a la PAREJA y al PROFESOR de aula. Esta es probablemente, la TRILOGIA preventivo-educativa más eficaz y efectiva que hay en la comunidad.
- 10.- Enseñar a la familia que los FACTORES DE RIESGO más importantes para adquirir la drogadicción son, entre otros, los siguientes:
 - La desinformación de la familia acerca de las drogas.
 - La ingesta excesiva de alcohol, nicotina o automedicación adictiva; al igual que el uso de drogas ilícitas en el seno familiar.
 - La ausencia de VIGILANCIA y CONTROL familiar continuo.
 - La CONFIANZA excesiva en los familiares vulnerables a las drogas.
 - El LIBERALISMO EXCESIVO de la familia.
 - La fácil disponibilidad de DINERO.
 - La fácil disponibilidad de DROGAS.
 - La INMADUREZ profunda del potencial usuario de drogas.
 - La presión amical de los usuarios crónicos de drogas lícitas e ilícitas.

- La creencia errónea de la familia en el sentido que «Todos pueden caer, menos el mío».
- La indiferencia ante el fenómeno adictivo.

RECOMENDACIONES

- 1.- Es imperativo que el Ministerio de Salud, asuma un compromiso real y el liderazgo en el campo del tratamiento, la rehabilitación y la prevención del consumo y la dependencia de drogas.
- 2.- Es una urgencia impostergable que el Ministerio de Salud procure la apertura de Centros de Tratamiento de Adictos en todo el país; posibilitando el internamiento de aquéllos que lo ameriten por su peligrosidad; asegurándoles así, la asistencia especializada que requieren.
- 3.- Es urgente cambiar el enfoque preventivo individualista, voluntarista, moralista y meramente informativo prevalente en la actualidad, por un afronte educativo orientado básicamente a la familia.
- 4.- Es necesario priorizar el tratamiento y la rehabilitación en el mismo nivel que la prevención, puesto que los usuarios crónicos contagian la enfermedad a los sujetos vulnerables. Es infructuoso realizar acciones preventivas, si a la par no se brinda tratamiento a los adictos.
- 5.- Que la cooperación técnico-financiera internacional se distribuya equitativamente entre las entidades gubernamentales y no gubernamentales que laboran en el área de la dependencia de drogas, sin discriminaciones, hegemonomismos ni monopolios de ninguna índole. Esto lo consideramos justo.
- 6.- Es un imperativo insoslayable, que con CRITERIO IMPARCIAL, las autoridades y los poderes del Estado reconozcan y apoyen POR IGUAL, a las diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales, que generalmente, en forma silenciosa y denodada luchan honestamente contra esta grave enfermedad, muchas veces, sin tener el apoyo financiero necesario, verbigracia el Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Centro de Rehabilitación de Ñaña, Hospital «Victor Larco Herrera», Hospital «Hermilio Valdizán», y Servicios de Siquiatría de los Hospitales Rebagliati y Almenara; al igual que la Iglesia, Alerta Familia, Caminar y Escuela de Vida, entre otras entidades realmente comprometidas con esta inocultable problemática social; sin ningún interés lucrativo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Saavedra, A.: Epidemiología de las drogas en el Perú. Informe dirigido a la Jefatura del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; 1991.
- 2.- Ministerio de Salud: Sistema de Registro del Uso y Abuso de Alcohol y Drogas (RENAD). Proyecto de Educación e Información Pública sobre Drogas. Publicación editada en el marco del convenio Perú-AID. 1990

- 3.- World Health Organization: Tenth revision of the International Classification of diseases, chapter V (F10 - F19): Mental and behavioural disorders); 1989.
- 4.- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third Edition, Revised (DSM III - R), Washington, DC, APA; 1987.
- 5.- Hoffman, R. S. y Lewis, R. G.: El impacto del consumo de drogas y de la adicción sobre la sociedad en: Clínicas de Medicina de Urgencia de Norteamérica, Medicina de Urgencia y Drogadicción. Interamericana. McGraw-Hill. 1990 Vol. 3, pp. 533-549.
- 6.- Mariátegui, J. y Sogi, C.: Investigación Epidemiológica del alcoholismo. Un estudio de prevalencia en población urbano-marginal (Independencia), Anales de Salud Mental 1985; I (1 y 2): 151-161.
- 7.- Nizama, M.: Sociedad, Familia y Drogas. Tomo I, Marsol Perú Editores, Trujillo; 1985.
- 8.- Saavedra, A.: Subreporte en el abuso-dependencia de sustancias psicoactivas. Estudio multicéntrico. Protocolo, de investigación del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; 1991.
- 9.- Jutkowitz, JM; Arellano, R.; Castro de la Mata, R. et al.: Uso y Abuso de drogas en el Perú: Una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano. Lima, CEDRO, Monografía de Investigación N° 1; 1987.
- 10.- Ferrando, D.: Uso de drogas en las ciudades del Perú, Encuesta de Hogares. Lima, CEDRO, Monografía de investigación N° 5; 1990.
- 11.- Nizama, M.: Estudio Fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. (Tesis Doctoral). Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 1991.