

EL ESCLAVO FELIZ

MARTÍN NIZAMA-VALLADOLID

Resumen.- *Las adicciones constituyen un grave problema social y de salud pública en la sociedad global, posmoderna. El autor expone en qué consiste el proceso de deterioro humano de un adicto, el cual llevado por la búsqueda compulsiva del placer es incapaz de sentir su desenfreno autodestructivo al creer que tiene todo bajo control y que su dominio de la compulsión hedonista es absoluta. Sin embargo, años después, casi 12 en promedio, la familia se debe enfrentar, por un lado, a la adicción de uno o más de sus miembros y, por el otro, al Estado indolente y a sus políticas de salud pública de espaldas a la realidad clínica de la enfermedad adictiva la misma para la cual existe un gran vacío legal.*

Palabras clave: Adicciones, drogas, Nidos Ecológicos Adictógenos, heredabilidad.

Summary. *-Addictions constitute a serious social and public health problems in a postmodern global society. The author explains the process of deterioration of an addict who, led by a compulsive search of pleasure and self indulgence is unable of feeling his/her self-destructive binge by believing of having everything under control, and thinking that his/her hedonistic compulsion is under absolute control. However, years later, almost 12 on average, family has to face on one hand, the addiction of one or more of its members and, on the other hand the indolent State with its health politics contrary to the clinic reality of addictive illness for which there is a great legal void.*

Key words: Addictions, drugs, ecological nested models, addictives, inheritability

Etimológicamente, el adjetivo adicto proviene del latín *addictus*, esclavo. Esclavo de las drogas. En este sentido, el Premio Nobel de Literatura 2010, Mario Vargas Llosa, en su ensayo *Cartas a un joven novelista*, cita al escritor norteamericano William Burroughs, quien en su libro *Junkie*, factual y autobiográfico, “*relata cómo se volvió drogadicto y cómo la adicción a las drogas hizo de él un esclavo feliz, un sirviente deliberado de su adicción*”. Por definición, la adicción es la apetencia irrefrenable e insaciable de **algo placentero**. El adicto presenta inconsciencia de enfermedad y pérdida transitoria de la autoconciencia, la autonomía y la voluntad al igual que cese de la libertad responsable y supresión de la sensibilidad. La adicción es la **búsqueda compulsiva de placer**. El adicto es incapaz de sentir su desenfreno autodestructivo, puesto que debido a su inconsciencia de enfermedad siente

exactamente lo contrario; cree que tiene todo bajo control y que su dominio de la compulsión hedonista es absoluta, aun en las peores condiciones de deterioro y degradación de su condición humana. La inconsciencia acerca de la enfermedad lo hace sentirse la persona más sana de todas y lo impulsa a rechazar con estulticia el tratamiento médico, no obstante que se da cuenta de su decadencia y decrepitud. Sin embargo, **darse cuenta** no le ayuda a **sentirse enfermo**.

Las adicciones constituyen un grave problema social y de salud pública en la sociedad global, posmoderna y materialista en la cual vivimos. Así, el 2009 un estudio realizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, en personas mayores de 12 años de edad, encontró que entre los adictos a drogas ilegales y alcohol que necesitaron tratamiento médico especializado el año anterior, pero que no lo recibieron, el 94.9 por ciento de los adictos no sentía necesidad de tratamiento ni efectuaron ningún esfuerzo de encontrar ayuda terapéutica; el 3.3 por ciento sentía necesidad de tratamiento, pero no efectuó ningún esfuerzo para encontrar ayuda médica y apenas el 1.8 por ciento de esos adictos a sustancias ilícitas y al alcohol recibieron tratamiento por decisión propia. Según este estudio norteamericano, 20.9 millones de adictos no recibieron tratamiento por adicción a drogas ilícitas y alcohol el 2009.¹ Es ingenuo esperar que un adicto solicite ayuda terapéutica espontáneamente. Por ello, el adicto es un enfermo curable, pero inayudable si su familia no se compromete genuinamente con el tratamiento.

En el Perú, no existen estudios epidemiológicos sobre la inconsciencia de enfermedad; sin embargo, la naturaleza clínica de esta enfermedad es la misma; el adicto es un enfermo sin conciencia de enfermedad que pierde temporalmente la autoconciencia, la autonomía, la voluntad, la libertad responsable y desarrolla compulsión adictiva y se convierte en el "esclavo feliz". Vive en su "cárcel sin rejas", en su miasma de placer. Deshumanizado, es incapaz de percatarse de su "suicidio dulce" o suicidio inconsciente: muerte por sobredosis, accidente, autoeliminación, accidente cerebrovascular, infarto cardíaco, cirrosis hepática, enfisema pulmonar crónico, SIDA o TBC. En el proceso de su autodestrucción; suele convertirse en micro-comercializador de drogas, integra bandas, pandillas o barras bravas. Puede acabar sus días en los "cementeros de los vivos", viviendo en las riberas de los ríos, debajo de los puentes, en casas abandonadas o terrenos baldíos, comiendo basura, sin dignidad, deshumanizado, frecuentemente bestializado, cual canibal.

Al comienzo, se las ingenia para llevar **doble vida**. Una, aparentemente normal con su familia, en los estudios o en el trabajo, ocultando su adicción. Después de dos, tres o más años recién es detectado por su familia. Debido a la **inconsciencia de enfermedad**, lo niega cínicamente, asumiendo el **rol de víctima**.² Progresivamente,

¹ Substances Abuse and Mental Health Services Administration (2010). Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings.

² Nizama-Valladolid, M. Guía para el Manejo Familiar de las Adicciones.

se torna irritable, irascible, impulsivo, intolerante, infatuado, insatisfecho, inestable, irracional, impredecible, soberbio, hostil, vengativo, conflictivo, agresivo y violento, demuestra infelicidad, inquina e insensibilidad. Así, pierde la identidad y el **sentido de existencia**, demuestra **estulticia** (necedad extrema). Progresivamente, se torna **disocial**: miente, manipula, maquina, simula y no siente culpa por sus inconductas. A menudo, procede con crueldad y perversidad. Puede cometer crímenes abominables y violaciones sexuales. Suele acabar convertido en un psicópata grave que genera zozobra y miedo en su entorno familiar y social. Por carecer de conciencia de enfermedad el adicto evade el tratamiento o lo rechaza. Con furia vocífera que no está enfermo y que no lo necesita. Luego, al verse presionado por la familia, en su centro laboral u obligado por mandato judicial, suele aceptar temporalmente el tratamiento con el propósito de liberarse de la presión, más no para curarse. Según él, no está enfermo. Posteriormente, desacredita el tratamiento, lo sabotea o deserta del mismo con excusas pueriles: “no me gusta el médico”, “las pastillas me hacen daño” o “ya me curé.”

El cuadro clínico de las adicciones demuestra una progresiva disfunción de los circuitos cerebrales que alteran severamente la interconexión neuronal entre el cerebro instintivo, de los impulsos y deseos (*reptil*), el cerebro emocional y de los sentimientos (*mamífero*) y el cerebro racional, ético y de control inhibitorio (*humano*), localizado en la corteza del lóbulo prefrontal. Progresivamente y de modo imperceptible el sujeto pasa de ser consumidor voluntario a consumidor involuntario. Mediante el control cortical prefrontal se ejerce el consumo voluntario de drogas, pero a causa de este consumo que lesiona principalmente la corteza prefrontal, el control lo asume la región subcortical del cerebro y el consumo se torna compulsivo, incontrolable.³ Entonces, la toma racional de decisiones, la valoración ético moral y el control de impulsos cesan, y el adicto se convierte en el “esclavo feliz”.

La negación de la adicción es un autoengaño que revela una disfunción transitoria en los circuitos neuronales relacionados con la conciencia de enfermedad, autoconciencia, autonomía, voluntad y libertad responsable, debido a la lesión de diversas estructura neuronales: la **ínsula**, que participa en la introspección y la autoconciencia; el **cíngulo anterior**, que interviene en el control conductual y la selección de respuestas y el **estriado dorsal**, que media la formación de hábitos automáticos.⁴ El conocimiento de estos circuitos neuronales puede optimizar las estrategias terapéuticas contra las adicciones.

Las adicciones son un grupo de enfermedades de etiología multifactorial en la que interactúan los genes y el medio ambiente. En los últimos años, el rol de la genética

³ Everitt BJ, et al. Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Philos Trans R Soc Lond B Biol. Sci.* 2008; 363:3125–3135.

⁴ Goldstein R, Craig A, Bechara A, et al. (2009) The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction.

en las adicciones ha sido demostrado mediante los estudios de ligamiento genómico total en los que se han podido establecer locus de susceptibilidad para distintas patologías adictivas, v.gr. el alcoholismo, en el cual los cromosomas 1, 2 y 7 intervienen directamente en la predisposición del individuo a desarrollar esta enfermedad.⁵ Es importante precisar que los genes no son la causa de la enfermedad, sino que confieren una susceptibilidad para el desarrollo de la misma.⁶

La heredabilidad de esta condición ha sido ampliamente demostrada y se considera que las adicciones son de moderada a altamente heredables.⁷ En el caso particular del abuso de alcohol, se ha demostrado que un 38% de la varianza es genética; en el abuso de estimulantes y narcóticos, hay a un 34% de la varianza y en el caso tabaquismo, la varianza alcanza el 50%.⁸ En general, se estima que los factores genéticos contribuyen con el 40-60% de la susceptibilidad para el desarrollo de las adicciones, mientras que los factores ambientales explicarían el resto.⁹

La predisposición genética se manifiesta en diferentes etapas de la vida y del proceso adictivo. Así, en la adolescencia temprana, la iniciación y el consumo de nicotina, alcohol y cannabis está determinada principalmente por factores sociales, pero estos decaen en importancia en la progresión hacia la adultez temprana y media cuando el efecto de los factores genéticos se maximiza para decaer luego con el envejecimiento.¹⁰ Por otro lado, la mayor influencia genética en la susceptibilidad para el desarrollo de las adicciones se encuentra en la transición del uso regular a la dependencia, con particular referencia a los últimos estadios de la progresión en la adicción, que involucraría fenómenos relacionados con los procesos de memoria.¹¹ Es evidente que el medio externo es determinante en el proceso adictivo; sin embargo, cada vez son más los estudios que sugieren que los factores genéticos controlan en gran medida la influencia que los factores psicosociales tienen en cada individuo.¹² Por ello, las adicciones constituyen una enfermedad heredable.

En cuanto al componente ecológico y social de esta patología hedonista, el enfermo acude a los Nidos Ecológicos Adictógenos (NEA): bar casero, cantinas, fumadores,

⁵ Reich T. A genomic survey of alcohol dependence and related phenotypes: results from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA). *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20 (8 Suppl):133A-137A.

⁶ Ibañez A. Genética de las adicciones.

⁷ Bevilacqua L, Goldman D. Genes and Addictions.

⁸ Rothhammer F, Rothhammer P, Llop E. Genética de los desórdenes adictivos.

⁹ Nestler EJ. Genes and addiction. *Nature Genetics*.

¹⁰ Kendler KS, Schmitt E, Aggen SH, Prescott CA. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood.

¹¹ Uhl GR. Molecular genetic underpinnings of human substance abuse vulnerability: likely contributions to understanding addiction as a mnemonic process.

¹² Ibañez A. Op, cit.

“huecos”, casinos, tragamonedas, cabinas de Internet, equipos de conectividad electrónica, parques, esquinas, callejones o lugares donde acuden los adictos terminales (“cementerio de los vivos”, “cámara de gas”). En esos antros, el adicto se siente *como pez en el agua*. También, suelen aparecer cultivos de marihuana en el jardín, azotea o dormitorio de su domicilio. Igualmente, tiene un *círculo vicioso* de amigos adictos a quienes defiende arduamente por sobre todo vínculo familiar. Ellos lo buscan compulsivamente todos los fines de semana para *irse de juerga*. Su *leitmotiv* es “*pasarla bien*”. Su eslogan es, “*vive la vida antes que la vida te viva*”. El entorno amical denominado “círculo vicioso”, constituye un poderoso factor de sostenimiento de la conducta adictiva a lo largo del tiempo. La identificación y fuerte adherencia del adicto a sus amigos lo convierte en cautivo de esos grupos perniciosos que lo apartan de su familia, del círculo virtuoso de amigos y de sus actividades académicas, productivas y saludables, muchas veces hasta quedar convertido en un paria, estigmatizado socialmente.

La familia es la víctima final de esta tragedia griega. Ella inicialmente no reconoce al adicto, por la doble vida que él lleva. Sin embargo, al detectarlo se niega a sí misma la adicción, la oculta a los demás miembros de su entorno, lo cual se denomina *codependencia*: mantenimiento de la adicción por parte de los familiares. En las etapas avanzadas, graves y terminales la familia sufre todas las consecuencias funestas de la adicción: violencia, robos, ruina económica, juicios, divorcios, asesinatos y suicidios. Solo después de la catástrofe, la familia decide buscar ayuda. En el Perú, los adictos acuden a la atención médica especializada por primera vez después de 11.22 años de iniciado el consumo y los familiares demoran en promedio 4.69 años en buscar ayuda profesional desde que detectan la adicción.¹³ La adicción permanece oculta por más de seis años.

Sin embargo, la situación se torna más grave aún. La familia, antiguamente célula básica de la sociedad, indefensa se debe enfrentar por un lado a la adicción de uno o más de sus miembros y por el otro al Estado indolente y a sus políticas de salud pública de espaldas a la realidad clínica de la enfermedad adictiva para la cual hay un gran vacío legal. En este contexto, el Congreso de la República recientemente derogó la Ley N° 29737, a un año de haber sido promulgada.¹⁴ Esta Ley pro-familia feneció sin siquiera haber sido reglamentada, lo cual pone en evidencia la desidia del Estado ante esta tragedia que sufren miles de familias peruanas que se encuentran desamparadas para proteger su salud, su integridad como unidad social básica, así como la salud y la vida de sus miembros, puesto que basta que el adicto sin conciencia de enfermedad y sin voluntad se niegue a firmar el Consentimiento Informado para que no haya tratamiento. Así, el adicto asume el poder, hace de su hogar el “infierno familiar” y convierte a los suyos en sus “esclavos infelices”.

¹³ Valle R, Perales A. Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

¹⁴ Ley N° 29737. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, Referido a la Salud Mental; y Regula los Procedimientos de Internamiento de las Personas con Trastornos Mentales.

Recientemente, el Congreso de la República, ignorando el sufrimiento de millones de familias, así como la realidad clínica de las adicciones y atendiendo con presteza los intereses de las ONG que defienden los Derechos Humanos y de las comunidades terapéuticas informales y clandestinas, modificó una vez más el artículo 11 de la Ley General de Salud N° 26842.

Vivimos, pues, en una *sociedad posmoderna centrada en el individuo* y ya no en la familia. Es la aplicación de la ideología dogmática neoliberal del primer mundo, de priorizar el individualismo extremo, con extinción de la familia natural. La Ley N° 29737, protegía a la familia. Facultaba el *internamiento involuntario* del adicto en estado clínico grave, condición que lo convierte en un riesgo para sí mismo, su familia y la sociedad. Esta norma legal humanista establecía que el médico especialista en adicciones, tras evaluar y efectuar el diagnóstico respectivo, podía indicar el internamiento del enfermo sin conciencia de enfermedad, luego de lo cual la familia recién firmaría la autorización de la hospitalización. Tras doce a dieciocho meses de tratamiento médico riguroso, recién el adicto adquiere conciencia de enfermedad; entonces, él mismo firma voluntariamente el Consentimiento Informado y agradece a su familia por haber tomado la decisión de internarlo. Por tanto, no es la familia la que arbitrariamente decide el internamiento del adicto como argumentan los detractores de la derogada Ley pro-familia. Esta es una decisión estrictamente médica, cuando el galeno lo considera necesario. Por tanto, el propósito de la Ley N° 29737 era proteger la salud y la vida del adicto, así como la salud e integridad de su entorno familiar.

Asimismo, el Congreso Nacional derogó la Ley N° 29737, pro-familia, simultáneamente modificó el artículo 11 de la Ley General de Salud N° 26842, mediante Ley N° 29889,¹⁵ cuyo ítem G establece que:

Las personas con adicciones gozan de los mismos derechos y garantías que se reconocen a los demás usuarios de los servicios de salud. Su tratamiento e internamiento involuntario no requiere de su consentimiento informado y se realiza a solicitud de la familia cuando su capacidad de juicio esté afectada, lo cual debe ser determinado por una Junta Médica.

El internamiento involuntario del adicto autorizado por la familia, "cuando su capacidad de juicio esté afectada, lo cual debe ser determinado por una Junta Médica", es una disposición meramente declarativa, puesto que comúnmente el

¹⁵ Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, Referido a la Salud Mental; y Regula los Procedimientos de Internamiento de las Personas con Trastornos Mentales.

adicto no muestra capacidad de juicio afectada, excepto en algunos casos de psicosis tóxica. Lo que sí presenta más del 98 por ciento de los adictos es la *inconsciencia de enfermedad*, la misma que los incapacita para buscar o aceptar un tratamiento médico. Y lo de la Junta Médica es otro enunciado retórico en dicha norma legal, puesto que los médicos especialista en adicciones no exceden de 10 en el país, todos concentrados en Lima. Los médicos generales y de otras especialidades desconocen la psicopatología de las adicciones. La consecuencia de esta incongruencia del Estado es que muchos adictos enjuician a sus familiares, acusándolos de secuestro, cuando desesperadamente optan por internarlos. Así, el Estado desampara a la familia del adicto que queda expuesta a la violencia extrema, criminalidad y a la desintegración familiar, así como a la conducta depredadora de un enfermo de la voluntad. Paradójicamente, por atender argumentos ideológicos, el Estado ampara la autodestrucción del adicto e impide legalmente a la familia y a los médicos proteger la vida, la salud y la integridad del individuo y la de su familia. ¿Hasta cuándo?

Mención aparte merece el hecho que en la actualidad se expande *urbi et orbi* una posición fundamentalista perversa que propugna la despenalización de más drogas; por ejemplo, de la marihuana a la cual se la publicita mediante el embuste de que es benigna, que es una planta natural, ecológica, con efectos medicinales, que la prohibición de las drogas fomenta el narcotráfico y que al legalizarlas el narcotráfico va a desaparecer. ¿De dónde ha salido esta propuesta anética? Probablemente del mercado salvaje, de los intereses ocultos del **narcopoder**, del oscurantismo mental de los responsables de algunos medios de comunicación y de ciertos líderes de opinión desinformados del riesgo adictivo de la marihuana y sus secuelas.

De otro lado, gran parte de los adictos presentan **poliadicción**; es decir tienen simultáneamente más de una dependencia; por ejemplo: ludopatía + tecnoadicción + drogodependencias. Del mismo modo, se incrementa la **adicción familiar múltiple**, según la cual existe más de un adicto en el hogar: padre con tabaquismo, madre adicta a las benzodicepinas e hijo adicto al alcohol y la cocaína. Todos ellos, sin conciencia de enfermedad. No obstante, la evidencia clínica las organizaciones de salud propician erróneamente el abordaje de las adicciones por separado, al fraccionar sin fundamento científico el tratamiento del tabaquismo, del alcoholismo y las drogodependencias. Hay que tomar en cuenta que se ha encontrado además una fuerte asociación genética y neurobiológica entre dicciones y comorbilidad psiquiátrica; por ejemplo, esquizofrenia, desorden bipolar, depresión, ansiedad, desordenes de personalidad y desordenes alimenticios.¹⁶

Es, pues, anético propugnar la despenalización de más drogas. La sociedad debe rechazar este despropósito mercantilista e inhumano. ¿Qué pasa con algunos

¹⁶ Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study.

políticos e intelectuales?, ¿acaso no tienen familia?, ¿han abdicado de su responsabilidad en bien de la sociedad?, ¿qué hay detrás de esta perversa y bien orquestada campaña internacional?

BIBLIOGRAFÍA

1. BEVILACQUA L, GOLDMAN D. (2009) Genes and Addictions, 359–361. Clin Pharmacol Ther. April; 85(4)
 2. EVERITT BJ, et al. (2008) Review. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction, 3125–3135. Philos Trans R Soc Lond B Biol. Sci.; 363:
 3. GOLDSTEIN R, CRAIG A, BECHARA A, et al. (2009) The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. Trends in Cognitive Sciences. Vol.13, no.9
 4. IBAÑEZ A. (2008) Genética de las adicciones. pp.103-110. En: Adicciones, vol.20, núm. 2.
 5. KENDLER KS, SCHMITT E, AGGEN SH, PRESCOTT CA. (2008) Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood, 674–682. Arch. Gen. Psychiatry, 65. [PubMed: 18519825]
 6. LANGÅS AM, MALT UF, OPJORDSMOEN S. (2011) Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study, pp. 11: 25. BMC Psychiatry.
 7. LEY N° 29737. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, Referida a la Salud Mental y Regula los Procedimientos de Internamiento de las Personas con Trastornos Mentales. Diario Oficial El Peruano, 6 de julio del 2011, Lima.
 8. LEY N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, Referido a la Salud Mental y Regula los Procedimientos de Internamiento de las Personas con Trastornos Mentales. Promulgada en la casa de gobierno el 23-6-12. Lima.
 9. NESTLER EJ. (2000) Genes and addiction, pp. 277-281. En: Nature Genetics, 26.
 10. NIZAMA-VALLADOLID, M. (2003) Guía para el Manejo Familiar de las Adicciones. Lima: Edición General Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas.
- (2009) Tratamiento Familiar Holístico de las Adicciones. Lima: Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

11. REICH T. (1996) A genomic survey of alcohol dependence and related phenotypes: results from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA), pp. 133A-137A. En: Alcohol Clin Exp Res; 20 (8 Suppl):
12. ROTHHAMMER F, ROTHHAMMER P, LLOP E. Genética de los desórdenes adictivos. Rev. méd. Chile v.131 n.2 Santiago feb. 2003
13. Substances Abuse and Mental Health Services Administration (2010). Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings.
14. UHL GR. (2004) Molecular genetic underpinnings of human substance abuse vulnerability: likely contributions to understanding addiction as a mnemonic process, 140-7. Neuropharmacology, 47.
15. VALLE R, PERALES A. (2010) Demora en la búsqueda de atención médica en pacientes adictos a sustancias psicoactivas, pp. 73-80. En: Revista Adicciones, vol. 22, núm. 1.