

**PROYECTO DE UN PLAN NACIONAL PARA LA  
PREVENCION, TRATAMIENTO, REHABILITACION Y  
SEGUIMIENTO DE LAS ADICCIONES**

*Por MARTIN NIZAMA-VALLADOLID\*, CARLOS CACHAY\*\*,  
YOLANDA SANEZ\*\*\* y HECTOR LAVARELLO\*\*\*\*.*

**RESUMEN**

*Un equipo interdisciplinario de salud, desde una perspectiva integral propone un Plan Nacional de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones, en el cual se plantea la necesidad que se reconozca a la adicción como una enfermedad volitiva, que dada su multicausalidad y complejidad requiere de un afronte preventivo terapéutico comprensivo, que involucre tanto a las adicciones químicas como a las adicciones no químicas partiendo de un diagnóstico situacional realista. El Plan propone objetivos a lograr principalmente en la familia, luego en la comunidad y en el individuo. Congruentemente, se formula estrategias y líneas de acción dirigidas a desarrollar los factores protectores contra el uso de sustancias; igualmente a contrarrestar los factores de riesgo, así como a la detección del adicto encubierto y al tratamiento precoz. El Plan también propone proceder de acuerdo a las estrategias de la atención primaria y mediante la aplicación de los sistemas locales de salud.*

**SUMMARY**

*From the standpoint of an overall view, a multidisciplinary health team proposes a National Plan in the fields of the prevention, treatment, rehabilitation and following-up of*

---

\* Psiquiatra. Jefe del Dpto. de Fármacodependencia del INSM "HD-HN".

\*\* Psiquiatra. Asistente del Dpto. de Fármacodependencia del INSM "HD-HN".

\*\*\* Psicóloga. Coord. de la Unidad de Psicología del Dpto. de Fármacodependencia del INSM "HD-HN".

\*\*\*\* Tecnólogo Médico. Terapeuta Físico del Dpto. de Fármacodependencia del INSM "HD-HN".

*addictions. They establish to need knowledge that addiction is willpower disorder, complex and heterogeneous. It needs a comprehensive prevent therapeutic approach of no-chemical and chemical addictions, based in a realistic situational diagnostic. Plan propose family, community and individual aims; also strategies and actions are established to develop protective factors and decrease the risk factors against psicoactive substance use, so as the detection of "the addict in hiding" and the early treatment. In this sense, Plan is based in primary health attention and local health system.*

**PALABRAS - CLAVE:** Fármacodependencia, adicción, dependencia, prevención, Plan Nacional.

**KEY - WORDS:** Drug-dependence, addiction, dependence, prevention, National Plan.

## INTRODUCCION

El consumo indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas, al igual que el fenómeno de las adicciones no químicas, actualmente constituyen un grave problema de salud pública en la comunidad nacional e internacional. Dada su multicausalidad y complejidad, el fenómeno del uso y dependencia de drogas, así como las conductas adictivas y los juegos patológicos requieren de un afronte integral, interdisciplinario y multimodal. Para tal efecto, los lineamientos de política nacional deben estar enmarcados dentro de un diseño homogéneo e intersectorial, que considere en forma prioritaria la activa participación de la familia y de los estamentos de la comunidad involucrada en el problema<sup>15, 21, 24, 25, 33, 38, 43</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la dependencia de drogas es una enfermedad de la voluntad. La OMS define esta enfermedad así: "se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas que se desarrollan después del uso compulsivo de la sustancia y que se caracteriza por un deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aún cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol, tabaco o diazepam; a pesar de experimen-

tar consecuencias adversas. El consumo de drogas o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de actividades u obligaciones que en el pasado tuvieron prelación. Asimismo, se observa un incremento de la tolerancia; y a veces un estado físico de abstinencia. La recaída en el consumo de una sustancia adictiva después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en los individuos no dependientes"<sup>1, 54</sup>.

Además, la adicción es una grave enfermedad psico-orgánica que afecta el entorno familiar y social del usuario. La tetraedra clínica nuclear del fenómeno adictivo la constituyen los siguientes síntomas: a) conducta compulsiva autogratiificante, b) mayormente, inconciencia de enfermedad, c) escasa o nula motivación para el tratamiento, y d) tendencia a la reincidencia. Su origen es multicausal, principalmente ambiental, social, familiar, biogénético y farmacológico<sup>27, 29, 37, 40, 54</sup>.

El abordaje del fenómeno adictivo comprende la prevención primaria, secundaria y terciaria, al igual que el seguimiento de casos; por tanto las facetas del proceso adictivo no pueden ser percibidas como hechos aislados, sino

como un sistema de interrelación e interacción continua. Sólo mediante un enfoque congruente con la realidad se puede afrontar la adicción en forma eficaz y eficiente<sup>9, 10, 30, 32, 33, 38, 43, 45</sup>.

En tal sentido, compete al Estado dictar leyes y normas realistas que posibiliten el desarrollo de acciones homogéneas, armónicas y coherentes con el actual movimiento científico-técnico que se ocupa de este grave fenómeno mórbido socio-familiar e individual. Dentro de este contexto, es responsabilidad del Sector Salud velar por el bienestar integral y la salud de la población, lo cual es un mandato constitucional. Para efectos del cabal cumplimiento de su función social corresponde al Sector Salud normar, supervisar, controlar y desarrollar obligatoriamente acciones en el campo de la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del consumo y dependencia de drogas lícitas e ilícitas, de las conductas adictivas y de los juegos patológicos, protegiendo de este modo a la familia, a la comunidad en su conjunto y en especial a las poblaciones en riesgo, según lo disponen la Ley Orgánica de Salud, la Ley N° 25357 que establece la prohibición de fumar en espacios cerrados de uso público, el Plan Nacional de Salud Mental, los postulados del Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) y la Declaración de Caracas<sup>6,20,21, 22,24,25,44,45,46</sup>.

Desde 1985 hasta la actualidad, se ha constituido tres Comisiones con la finalidad de elaborar el Plan Nacional de Prevención del Uso de Drogas; sin embargo, las respectivas propuestas carecieron del apoyo político necesario para su aprobación y ejecución.

Ante la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas y las graves con-

secuencias que acarrea este fenómeno en el caso de la salud pública urge la implementación de un Plan Nacional orientado a reducir y controlar el problema adictivo en el país.

El presente Plan, además de recoger la experiencia de campo de los autores; es producto del acopio de la información habida en el país relativa a los Planes Nacionales elaborados por diversos investigadores<sup>19,22,24,30,32,47</sup>, particularmente en lo relacionado a estrategias y líneas de acción<sup>9,10</sup>. Igualmente, es resultado del aporte de la experiencia internacional sobre el tema<sup>25,43,44</sup>.

#### *DIAGNOSTICO SITUACIONAL*

La demanda de drogas se ha expandido ampliamente en el país, hasta comprometer a todos los grupos etáreos y estratos de la sociedad peruana. Actualmente, el consumo de sustancias se ha convertido en un alarmante problema de salud pública que tiene su propia dinámica social; por ejemplo: el tipo de drogas usado, los patrones de consumo y la subcultura de las drogas entre los usuarios se modifican en el tiempo más o menos rápidamente. Es una patología social multifacética y de dinámica acelerada<sup>14,17,23,28,38</sup>.

La irrupción del fenómeno de las adicciones químicas y no químicas en nuestro medio, por su naturaleza y rápida expansión sorprendió y preocupó a los especialistas peruanos que a la vez observaron la aparición de otras patologías asociadas al consumo de drogas. Asimismo, verificaron y comprobaron las reiteradas recaídas, sin lograr articular esquemas terapéuticos eficaces a largo plazo, susceptibles de ser aplicados a la creciente población de consumidores

compulsivos. Sólo muy posteriormente se plasmaron esfuerzos, especialmente, en el área del tratamiento y se comenzó a ofertar respuestas coherentes y organizadas, según la experiencia y técnica que cada quien desarrollaba individualmente. Sin embargo, el objetivo prioritario no fue la búsqueda de procedimientos terapéuticos de cobertura comunitaria. De este modo, los grandes sectores de la población afectada por esta patología adictiva quedaron desatendidos. Por otra parte, la ausencia del Sector Salud en el campo de la prevención primaria y debido al escaso número de especialistas, y de recursos financieros, en contraste con la avasalladora demanda, se produjo un vacío, el mismo que ha sido cubierto por médicos de otras especialidades, al igual que por profesionales no-médicos y grupos no-profesionales; los mismos que vienen actuando tanto en la prevención primaria, como en el tratamiento y la rehabilitación. La mayoría de esas intervenciones se efectúan sin tener una adecuada supervisión y control que cautele su idoneidad ética y científica<sup>7,27,34,39</sup>

Del mismo modo, los medios de comunicación social, comúnmente propalan información inadecuada<sup>10,23,44</sup>, dando lugar a la desinformación, a la prelación de mitos, prejuicios, tabúes, creencias y actitudes erróneas, lo cual constituye una especie de "venta en los ojos" de la sociedad peruana<sup>36</sup>.

Cabe señalar que las intervenciones empíricas en las denominadas "casas de reposo" o "centros" que actualmente proliferan en el país, conducidos mayormente por falsos ex-adictos, se caracterizan por: ausencia de equipo médico e interdisciplinario que brinde un tratamiento idóneo; carencia de programas elaborados con criterio científico; falta

de programas de seguimiento a largo plazo, luego del alta; igualmente ausencia de estadísticas confiables acerca de la casuística que manejan; carencia de estadísticas verificables respecto a los resultados de sus intervenciones; del mismo modo, violación sistemática de los derechos humanos de los pacientes y de sus familiares, y elevadas tasas de reincidencia en el consumo compulsivo tras el alta. Esta situación sólo promueve el lucro anético y mercantilista de aquellas instituciones, configurándose así el delito contra la fe pública y de ejercicio ilegal de la medicina, lo cual ameritaría denuncia penal<sup>2,6,20,33,38</sup>.

Ante esta situación, conviene precisar que la atención al adicto es una intervención altamente especializada, sólo el psiquiatra especialista en adicción y el equipo interdisciplinario, que él conduce, puede garantizar un tratamiento científico, idóneo y por ende confiable. De manera que recurrir a profesionales no especializados, acarrea la pérdida de un valioso tiempo y frecuentemente resulta oneroso e inútil.

La magnitud de la problemática adictiva en nuestro medio se conoce mayormente a través de indicadores indirectos tales como: incautaciones de drogas ilícitas; detenciones de consumidores, microcomercializadores y traficantes; una demanda creciente en los servicios estatales y particulares de atención al adicto. Evidencia de ello, son los registros de ingresos del Hospital Hermilio Valdizán, los cuales revelan que en 1985 se registró 4310 consultas de casos nuevos, de los cuales el 5.8% del total fue por dependencia de drogas<sup>8,23</sup>.

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins del Instituto Peruano de Seguridad Social, en 1981, sobre una muestra

de 1000 pacientes adictos se halló un 58% de reingresos; de esta proporción, el 48% eran consumidores de pasta básica de cocaína (PBC) y el 10% era usuario de otras drogas<sup>23</sup>.

El otro estudio realizado en 1984 por un equipo del Ministerio de Salud en dos hospitales psiquiátricos y en un hospital general, en una población de 489 pacientes diagnosticados de enfermedad adictiva se obtuvieron los siguientes resultados: el 70% se inició en el consumo de drogas entre los 9 y 19 años de edad; la mayor proporción de pacientes estuvo comprendida entre los 22 y 24 años; el 39.3% de población tenía secundaria completa; de igual modo, en el grupo estudiado, la droga de mayor consumo fue la PBC y el uso de esta sustancia estuvo asociada principalmente con tabaco, alcohol y marihuana<sup>23</sup>.

En 1990, el Ministerio de Salud comunicó que del total de emergencias atendidas en siete hospitales de Lima Metropolitana, el 5.2% fueron casos debidos y/o relacionados con el uso o abuso de alcohol y otras drogas<sup>47</sup>.

De otro lado, un estudio clínico llevado a cabo en el Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", reveló que el 60 por ciento de la población estudiada, es decir aproximadamente uno de cada dos adictos, presenta diagnósticos psiquiátricos asociados: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad y trastornos perturbadores de la infancia, entre otros. Del 60% referido, aproximadamente la tercera parte corresponde a diagnósticos psiquiátricos severos, por ejemplo: esquizofrenia, trastornos orgánico-cerebrales y trastornos graves de personalidad, principalmente inmadurez

profunda, trastorno límite y psicopatía primaria<sup>51</sup>.

En 1993, en el mismo Departamento de Farmacodependencia, en otro estudio se encontró 30% de familias con más de un caso de adicción en su seno y alrededor del 78% de dependientes presentaron antecedentes familiares de adicción<sup>41</sup>. Asimismo, se efectuó un estudio en una población de 580 pacientes procedentes de la demanda espontánea ambulatoria recolectados entre noviembre de 1992 y noviembre de 1993<sup>42</sup>. Los hallazgos fueron los siguientes: rango etáreo: 7-76 años; edad promedio de la población estudiada: 32.2 años, 93% de varones y 7% de mujeres con una relación de 13 a 1 en favor de los varones. En el mes de noviembre de 1992 la demanda espontánea fue del orden del 6 por ciento del total, mientras que en el mes de noviembre de 1993 dicha demanda creció a 10.1 por ciento, lo que indica crecimiento del problema. Igualmente, entre los 580 pacientes, la primera dependencia fue el alcoholismo con el 49.5%, sea solo o asociado a otras dependencias. De este porcentaje fueron dependientes exclusivos de alcohol, el 36.6%; dependientes de alcohol más PBC, 8.8%; alcohol más tabaco, 2.4%; alcohol más PBC y cocaína, 0.9%; alcohol más fármacos, 0.5% y alcohol más marihuana y cocaína, 0.3%.

La segunda dependencia encontrada en dicho estudio fue la adicción a PBC; 24.8% del total de la población; este porcentaje se distribuye como sigue: dependencia exclusiva de PBC, 13.2%; PBC más alcohol, 8.8%; PBC más marihuana, 1.4%; PBC más cocaína y alcohol, 0.9%; PBC más cocaína, 0.5%.

La tercera dependencia registrada fue el uso compulsivo de marihuana en el 6.9% del total de la población estudiada,

distribuidos así: dependencia exclusiva de marihuana, 5.2%; marihuana más PBC, 1.4% y marihuana más cocaína y alcohol, 0.3%.

La cuarta droga de mayor consumo entre los 580 sujetos estudiados fue la dependencia de fármacos, 4.6%; de los cuales fueron dependientes exclusivos de fármacos, 4.1%; y dependientes de fármacos más alcohol, 0.5%.

La quinta droga en orden de frecuencia descendente fue la dependencia de cocaína 4.5%, distribuida de la siguiente manera: cocaína exclusiva, 2.8% cocaína más alcohol y PBC, 0.9%; cocaína más PBC, 0.5%; y cocaína más marihuana y alcohol, 0.3%.

La sexta droga de mayor consumo fue el tabaco con el 4.1% del total de la población estudiada y distribuida según dependencia exclusiva de nicotina, 1.7%, y nicotina más alcohol, 2.4%.

El estudio también reveló los siguientes hallazgos: del total de la población estudiada, los acompañantes refirieron monodependencias en el 63.5% de los sujetos; mientras que el 14.9% informó polidependencias, y el 21.5% manifestó ignorar el tipo de droga empleada por el usuario<sup>42</sup>. Estos datos, mayormente demuestran que los familiares al solicitar atención por primera vez creen equivocadamente que el usuario consume una sola sustancia o simplemente desconocen el tipo de droga que aquel emplea.

Los estudios epidemiológicos son la única fuente válida que posibilita la observación científica de las variaciones y tendencias locales y nacionales del fenómeno adictivo en función del tiempo, por lo cual es necesario establecer un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. El diagnóstico preliminar sobre la situación de los sistemas de producción e información de estadísticas

acerca del problema de las drogas nos revelan las siguientes características generales:

a) Diferentes sistemas de producción de información. Si bien estos dependen de cada actividad específica en materia de drogas: control, fiscalización, prevención, tratamiento, interdicción, investigación de delitos económicos por tráfico ilícito de drogas; cultivo legal e ilegal de hoja de coca, erradicación de arbustos de coca y almácigos, desarrollo alternativo, apoyo crediticio y técnico, etc.; se puede observar que existen dificultades propias de las formas en que se ha organizado los sistemas de informática y estadística de las instituciones públicas y privadas que intervienen en los diferentes aspectos de los múltiples eslabones de la cadena de las drogas.

b) Existencia de diferentes metodologías para la recolección, procesamiento y evaluación de la información.

c) Carencia en algunos organismos privados de un seguimiento mínimo de la información sobre las actividades que realizan.

d) Carencia de información estadística sobre aspectos centrales de la problemática de drogas, v.gr.: población adicta tratada regularmente en los Departamentos de Psiquiatría de los Hospitales del Ministerio de Salud, campesinos empadronados dedicados al cultivo legal de hoja de coca e impacto de la economía de la coca en las cuentas nacionales.

f) Carencia de módulo-matriz sobre cada aspecto del problema de las drogas, por ejemplo: cultivo y producción, prevención, seguimiento o resultados.

g) Carencia de normas metodológicas y técnicas que hagan coherente e integral la información producida.

La lucha nacional e internacional contra el problema de las drogas requiere de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica que permita proporcionar una información estadística consistente regular y oportuna. Sin esto, la ejecución de planes y políticas no podrá obtener resultados óptimos o no será posible corregir las políticas erróneas, o la toma de decisiones se realizará sobre la base de información empírica, la misma que es inapropiada para asegurar resultados exitosos que sean producto del correcto manejo de la realidad<sup>5,11,25,43</sup>.

Integrando los aún insuficientes datos epidemiológicos existentes, puede afirmarse que las drogas legales están a la cabeza de la lista de sustancias psicoactivas de mayor uso en el país. Entre sustancias lícitas e ilícitas, en el Perú mayormente se consume ocho drogas que poseen importancia epidemiológica. En orden de mayor o menor frecuencia e intensidad de consumo, estas sustancias psicoactivas son las que a continuación se menciona: alcohol, nicotina, cafeína, fármacos ingeridos mayormente por automedicación, PBC, marihuana, clorhidrato de cocaína e inhalables<sup>3, 8, 12, 14, 17, 18, 19, 23, 35, 38, 47, 49, 52</sup>.

A este espectro de sustancias hay que agregar las conductas adictivas como la dependencia a la televisión o a la música estridente; y los juegos patológicos, v.gr.: la adicción al nintendo, supernintendo, a los demás video-juegos y a los juegos de salón.

En relación a los aspectos epidemiológicos, un estudio efectuado en 1992 indica que el consumo de drogas lícitas tiende a iniciarse entre los 12 y 18 años; y que hay predominio del uso de sustancias en sexo masculino respecto al femenino<sup>14</sup>.

Respecto al alcohol, un estudio efectuado en 1982 en el distrito urbano marginal de Independencia en Lima, reveló que el 16.8% de esa población presentaba uso excesivo o dependiente de alcohol<sup>16</sup>; en 1983, se realizó la segunda fase de esa investigación epidemiológica en la misma población, encontrándose que la prevalencia de uso excesivo o adictivo de alcohol se incrementó a 18.6% en el lapso de un año<sup>26</sup>; en ambos estudios el uso excesivo o adictivo de alcohol fue el trastorno de mayor prevalencia de vida; su prevalencia superó a los otros trastornos psiquiátricos, tales como: ansiedad/somatormorfos, depresión mayor y personalidad antisocial entre otros<sup>16,26</sup>. Sin embargo, actualmente, se carece de estudios que señalen en forma fidedigna la prevalencia de alcoholismo en la población nacional. Empero, a partir de la encuesta nacional urbana de 1992 efectuada en hogares, se podría inferir que alrededor del 23% de la población comprendida entre los 12 y 50 años estaría comprometida en uso excesivo o dependiente de bebidas alcohólicas; dicho estudio también indicó una prevalencia de vida de uso en el último año de 82.9%<sup>14</sup>. Estos y otros hallazgos confirman que el alcohol es la droga de mayor consumo en el Perú y por ende el primer problema adictivo nacional<sup>9,12,19,42,43</sup>. Por su parte, en 1994, el Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" ha estimado que en la actualidad podría haber alrededor de 4 millones de bebedores excesivos o dependientes de alcohol, entre usuarios encubiertos y manifiestos.

Un estudio nacional efectuado en 1992 revela que el 27.9% de la población urbana admitió haber consumido tabaco

en los últimos 30 días<sup>14</sup>. También se estima que aproximadamente el 29% de la población general presenta uso excesivo o dependiente de tabaco<sup>12</sup>. Otro estudio efectuado en 1981, concluye que en el Perú, el 58% de la población consume tabaco con diferentes grados de frecuencia; igualmente, sólo el 4% de los usuarios experimentales de tabaco habían logrado abandonar este hábito; que no existía relación directa o inversa entre la psicopatología detectada en su personalidad y el consumo de tabaco; que el uso de tabaco tiende a aumentar en la gente joven; y que la información acerca del tabaco, no es un factor definitivo que determine la conducta del individuo<sup>18</sup>.

Una encuesta aplicada en 1992 a 3138 médicos de ambos sexos en Lima Metropolitana, para evaluar tabaquismo, reveló una prevalencia de vida de 73.4% y prevalencia actual (último mes) de 25.7%, la cual es muy semejante a la prevalencia de tabaquismo en la población general<sup>48</sup>.

No obstante la actual Ley N°25257, el tabaquismo se sustenta en una aceptación social y su consumo se basa en una agresiva campaña publicitaria, no contrarrestada por el Estado ni por la sociedad. El uso del tabaco es una pandemia. Es la droga de mayor morbimortalidad en el mundo; constituye una droga enlace y su empleo se asocia al de otras sustancias adictivas.

Se ha demostrado una clara relación inversa entre el costo y el uso de los cigarrillos en los adolescentes, porque ellos son sensibles a los costos. En consecuencia, el costo alto es un factor protector contra el inicio del hábito de fumar. En cambio, a mayor edad el individuo tiene más probabilidad de pagar altos precios; sin embargo su madurez le posi-

bilita un mejor sentido crítico, entonces es menos sensible a la propaganda, lo cual reduce la probabilidad de iniciar el uso de tabaco.

La dependencia del tabaco, que sin duda es alta en el Perú, constituye una importante causa de morbilidad, la cual podría prevenirse con acertadas medidas destinadas a restringir su consumo. Por todo ello, cabe destacar la importancia que tiene la Ley 25357 del 27 de noviembre de 1991, por la cual se prohíbe fumar en lugares públicos cerrados, incluyendo a los medios de transporte<sup>23</sup>.

Se debe mencionar asimismo el problema de los inhalables, debido a que la población afectada es principalmente niños y adolescentes en condiciones de marginalidad sociofamiliar. En 1985, una encuesta realizada en la ciudad de Iquitos en una población escolar de 4902 alumnos reveló uso de inhalables en el 0.74% de varones y 0.16% de mujeres<sup>3</sup>.

Un estudio realizado en 1991 en una población de 400 niños que ingresaron al Centro de Menores N° 1 de la Policía Nacional (ex-Guardia Civil Femenina), halló que el 12.5% usaba tolueno (terokal); de estos el 60% eran menores de 14 años (7 a 14), de los cuales el 6.7% estaba entre los 7 y 8 años; el 16.67% entre los 11 y 12 años y el 20% entre los 13 y 14 años. Estos hallazgos demuestran que uno de los subgrupos más afectados es el de 11 a 12 años, época puberal. Asimismo, es dramático el hallazgo de niños consumidores de 7 a 8 años<sup>53</sup>.

Por tal motivo, es altamente preocupante la incidencia de consumo de solventes volátiles en niños de zonas urbano-marginales. Estos compuestos causan destrucción neural y son un ingrediente más en la perturbación irreversible del desarrollo neuropsicológico de la

nifíez usuaria de inhalables. Estos hallazgos inducen a considerar seriamente la necesidad de programas de prevención en el uso de inhalables<sup>23</sup>.

A comienzos de 1994, el Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" estimó que entre 500 mil a 800 mil peruanos presentaban dependencia a drogas ilegales, de los cuales alrededor de 70% son usuarios compulsivos de PBC, sea sola o asociada a otras sustancias. Igualmente un investigador de este Departamento calculó que por un adicto visible habría 10 adictos encubiertos<sup>40</sup>.

En 1990, un estudio epidemiológico efectuado en el colegio estatal más grande de Trujillo, aportó los siguientes resultados: el 89.2% de estudiantes del cuarto y quinto de secundaria presentaron alto nivel de riesgo de consumo de drogas, en tanto que el área en la cual se presenta mayor riesgo es la de factores sociodemográficos, con 74%; el área del comportamiento familiar y social también mostró un significativo nivel de riesgo; mientras que el área de comportamiento escolar no denotó un significativo nivel de riesgo<sup>4</sup>.

De otro lado, cabe señalar que los estudios por encuestas de hogares, sean nacionales o locales, utilizan una metodología de *marketing*, la misma que basa su validez científica en la veracidad del dato suministrado, así como en la honestidad y en el deseo explícito de colaborar de parte del informante. Por el contrario, la población consumidora de drogas ilícitas, y principalmente la mayoritaria población adicta encubierta, niega cínicamente el uso de drogas o lo minimiza. Esto, debido al estigma social, al prejuicio del "que dirán" y comúnmente por la

ausencia de conciencia de enfermedad. En conclusión, el sub-reporte relacionado con las drogas ilícitas en los estudios por encuestas de hogares, es tan significativo que los resultados muestran un sesgo de gran magnitud, y en la práctica los convierte en información poco útil para efectos de la prevención primaria. Con todo, a continuación se presenta algunos de estos datos en los que se aprecia hallazgos consistentes en relación con las drogas lícitas y mayormente inconsistentes respecto a las drogas ilegales<sup>30,36,50</sup>.

En 1992, una organización privada aplicó una encuesta nacional de hogares a la población comprendida entre los 12 y 50 años, y respecto al "uso de más de un año por sustancia" obtuvo los siguientes resultados: tabaco, 21%; fármacos, 11.3%; alcohol, 9.1%; marihuana, 7.2%; PBC, 4.6%; alucinógenos, 2.9%; inhalables, 2.5%; y cocaína, 1.5%<sup>14</sup>.

En el mismo año, 1992, otra encuesta nacional encargada por el Ministerio de Educación, efectuada en una muestra de Colegios Secundarios Diurnos del país, aportó los siguientes resultados: el inicio del consumo de drogas lícitas, alcohol y tabaco, acontece entre los 12 y 13 años; el comienzo de uso de drogas ilícitas, marihuana, PBC y cocaína se da entre los 13 y 14 años; la primera experiencia con fármacos e inhalables, a los 12 años.

En relación al uso actual (último mes), los resultados son estos: alcohol, 28.1%; tabaco, 22.2%; marihuana, 1.4%; PBC, 0.5%; cocaína, 0.3%; inhalables, 1.2%; fármacos, 0.5% y alucinógenos, 0.1%.

En la misma encuesta nacional de 1992 que abordó el conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria;

se encontró 15 factores protectores y 15 factores de riesgo. Los factores que están menos asociados a la iniciación y que disminuyen el riesgo de consumo son: "percibe que sus calificaciones son excelentes; ante un problema serio acude a ambos padres; religión no católica; ante un problema serio acude a su madre; tiene buena relación con su padre; asiste todos los días al colegio; percibe que sus calificaciones son buenas; tiene buena relación con su madre; las personas más importantes en su vida son ambos padres; está muy satisfecho consigo mismo; ambos padres lo criaron cuando niño; tiene capacidad de persuasión: vive con ambos padres; tiene facilidad para hablar en público y si solicitan a alguien en el colegio se ofrece como voluntario". Mientras que los factores de riesgo más importantes que actuarían como más fuertemente ligados al consumo de drogas o por lo menos a la iniciación son: "falta al colegio cinco o más veces al mes, la relación con su madre es regular, la persona más importante en su vida es un amigo(a) o enamorado(a), percepción que sus notas son malas, falta al colegio tres o cuatro veces al mes, la relación con su padre es regular, ante un problema serio acude al enamorado(a)/amigo(a), la persona más importante en su vida es su hermano(a); no vive con la madre, no está satisfecho consigo mismo, estudia y trabaja, falta al colegio una o dos veces al mes, tiene padres separados, fue criado en la niñez por los abuelos y no vive con los padres"<sup>13</sup>.

En relación al problema de la coca, se estima que actualmente habría más de 320,000 Has. cultivadas de *Eritroxylon 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 actualmente al mercado europeo y asiático<sup>24</sup>.

Por otra parte, el Perú, que aporta más del 60 por ciento de la recolección mundial de hoja de coca se beneficiaría únicamente con el 1.6 % de las ganancias anuales por concepto de exportación de cocaína al mercado internacional, lo cual representa la suma de aproximadamente 500 millones de dólares anuales<sup>10, 11, 24, 38</sup>.

Finalmente, desde 1991 comenzó en el Perú el cultivo furtivo de plantaciones de amapola en los Departamentos de San Martín y Cajamarca; igualmente, desde mediados de 1993 los medios de comunicación social del país comenzaron a divulgar información haciendo conocer al público la presencia de cultivos subrepticios de amapola en los referidos Departamentos y además en los Departamentos de Amazonas, Piura y Madre de Dios.

Esos cultivos se efectuaron en sustitución de los ya poco rentables cultivos de coca. Entretanto, el 4 de diciembre la policía de la ciudad de Chiclayo informó a la prensa la primera incautación de 4 kgs. de opio procedente de Bagua (Amazonas). Asimismo, el 17 de enero de 1994, el Ministerio de Justicia refirió el hallazgo de 50 Has. cultivadas de amapola en Nueva Cajamarca (San Martín). Es previsible entonces, que próximamente aparezcan en nuestro medio dependientes de opio, morfina y heroína, los tres alcaloides subproductos de la amapola; a no ser que éstos ya se encuentren en su

fase de adicción encubierta. Urge pues prevenir esta nueva epidemia adictiva que amenaza a la comunidad nacional<sup>24</sup>.

Al respecto, la responsabilidad del Sector Salud y particularmente del Ministerio de Salud es muy grande, por lo que debe compartir su tarea preventiva con los demás sectores del Estado, sin abdicar de su rol rector<sup>20, 22, 25</sup>.

### **MARCO LEGAL Y ROL RECTOR DEL MINISTERIO DE SALUD**

La nueva Constitución Política del Perú en su título I, De la persona y de la sociedad, Capítulo I, Art.2 manifiesta: Toda persona tiene derecho:

1.- A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física, y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho a todo cuanto le favorece.

En su Capítulo II; De los Derechos Sociales y Económicos, en sus Arts. 6 y 9 enuncia que el Estado determina la política nacional de salud; consagrando la paternidad y maternidad responsables; y los deberes y derechos de la familia.

El Código Sanitario del Perú, Decreto Ley 17505, norma en general todo lo referente a la salud individual y colectiva. En el libro primero, la sección sexta está dedicada a los productos farmacéuticos y cosméticos. En el libro segundo, la sección segunda trata de la toxicomanía, y la sección tercera del alcoholismo. Son en total seis artículos que definen la responsabilidad y competencia de la autoridad de salud en su control. De igual modo, la Ley N° 25357 prohíbe fumar en los espacios cerrados de uso público.

En tanto el uso indiscriminado de drogas es un problema de salud pública y la adicción es una enfermedad, corres-

ponde al Sector Salud conducir la política del Estado en el campo de la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de la demanda de drogas. El Sector Salud comprende el Ministerio de Salud, la Seguridad Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y el sistema formal de atención privada de la salud.

### **OBJETIVO GENERAL**

Promover y desarrollar las estrategias y lineamientos generales para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones químicas y no químicas, que comprometan en su aplicación a la familia y a todos los sectores de la comunidad nacional. Este plan está dirigido a la población expuesta, en riesgo, adicta encubierta y a la población adicta manifiesta, siguiendo los principios de la prevención primaria, secundaria y terciaria, y las estrategias de atención primaria de la salud en sus diferentes niveles de complejidad.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Promover la salud psicosocial de la familia y la madurez de la personalidad del individuo, puesto que el funcionamiento familiar armónico y la madurez son los factores protectores más importantes en la prevención de las adicciones.

2. Sensibilizar y promover el cambio de actitudes en la familia y la comunidad nacional en relación al uso de drogas, a las conductas adictivas y a los juegos patológicos.

3. Lograr el compromiso y la participación activa de la familia y la comunidad en la prevención primaria, secun-

daria y terciaria; así como en el seguimiento de las adicciones, estableciendo relaciones de equidad con el equipo interdisciplinario de salud y en concordancia con las estrategias de la atención primaria.

4. Desarrollar el liderazgo del Sector Salud en la formulación de políticas, toma de decisiones, conducción y supervisión de los diversos programas de intervención relacionados con el consumo y dependencia de drogas lícitas e ilícitas, con las conductas adictivas y los juegos patológicos.

5. Promover y desarrollar investigación en el área de la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones.

6. Implementar los programas de educación y capacitación continua, tanto de profesionales como de los agentes de salud y de los líderes de la comunidad organizada.

7. Promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica sobre consumo de drogas legales e ilegales.

8. Desarrollar un Sistema Nacional de Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento descentralizado, interdisciplinario e intersectorial de acuerdo a las estrategias de la atención primaria y a la aplicación de los sistemas locales de salud, denominados Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS).

9. Promover los programas de prevención de las adicciones en la ZONADIS y en los sistemas integrales de salud orientados a contrarrestar principalmente el consumo de las drogas de mayor incidencia y prevalencia en el Perú; al igual que las conductas adictivas y los juegos patológicos, a fin de reducir o evitar las graves consecuencias indivi-

duales, familiares, académicas, laborales y sociales causadas por las adicciones.

## ESTRATEGIAS Y LINEAS DE ACCION

### ESTRATEGIA I

Desarrollar *factores protectores* de la salud psicosocial en el individuo, en su familia y en su entorno social.

#### *Lineas de acción*

- Realizar programas orientados a promover el funcionamiento familiar armónico y a optimizar la calidad de vida del grupo familiar.

- Desarrollar programas continuos de educación de padres dirigidos a promover una relación de pareja funcional, al igual que la paternidad y maternidad responsable.

- Elaborar un programa educativo continuo orientado a la promoción de los factores protectores de la salud psicosocial, con la participación activa y comprometida de la comunidad, y el apoyo técnico del equipo interdisciplinario de salud, priorizando el logro de la madurez de la personalidad del individuo.

- Ejecutar programas dirigidos a formar hábitos de comportamiento saludables en el individuo, en su entorno familiar y social, v.gr.: sano esparcimiento, lectura educativa, esfuerzo, espiritualidad, comunicación transparente, organización adecuada del tiempo o uso saludable del tiempo libre.

### ESTRATEGIA II

Identificar y contrarrestar los factores de riesgo prevalentes en el entorno socioambiental, entorno familiar y en el individuo.

*Lineas de acción*

- Implementar programas dirigidos a la comunidad que permitan reconocer los factores de riesgo que tienen prelación en el hábitat y en el individuo, por ejemplo: oferta y consumo indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas, desorganización social, paradigmas que incentivan el consumo de sustancias, desorganización familiar, uso de drogas lícitas en el hogar, frivolidad y hedonismo entre otros.

- Promocionar estilos de vida sanos en la comunidad, en la familia y en el individuo, a través del sistema educativo, de los medios de comunicación social y de las acciones comunitarias, v.gr.: recreación y esparcimiento con prescindencia del alcohol, el tabaco y la música estridente; priorización de la vida familiar sobre la vida social o práctica de una vida personal disciplinada y saludable.

- Crear conciencia en la comunidad y la familia acerca del riesgo que representan los patrones de conducta alienantes y adictivos.

- Sensibilizar a la familia y a la comunidad acerca de los factores de riesgo que facilitan el consumo de sustancias psicoactivas; por ejemplo: compañías malsanas, presencia de microcomercialización y de adictos en el barrio, uso excesivo y frecuente de alcohol o tabaco en el hogar.

- Cesar las campañas publicitarias que inadvertidamente alientan y propagan el consumismo hedonístico y el uso de drogas.

**ESTRATEGIA III**

Reducir la oferta y demanda de drogas lícitas e ilícitas con el fin de disminuir su consumo en la población.

*Lineas de acción*

- Restringir la importación de bebidas alcohólicas y de tabaco.

- Reglamentar la distribución y expendio de las bebidas alcohólicas, tabaco y fármacos mediante el cumplimiento de las disposiciones municipales vigentes y otras a implementarse.

- Restringir la venta de licor y tabaco a los niños y adolescentes.

- Declarar áreas exentas de alcohol y tabaco: los lugares próximos a centros educativos, complejos deportivos, en la vena de las carreteras y limitar su expendio a sólo determinadas horas.

- Proscribir el uso de alcohol y tabaco en los centros educativos durante las fiestas de promoción y en toda actividad educativa.

- Eliminar toda forma de pago con bebidas alcohólicas.

- Limitar toda forma de publicidad que promueva en forma abierta o subliminal la venta de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas lícitas.

- Desarrollar programas intensivos y continuos dirigidos a desalentar la permisividad, complacencia y libertinaje en el uso de bebidas alcohólicas, tabaco y de la automedicación, dada su probada nocividad.

- Propugnar la creación de normas que impongan multas y sanciones, posibilitando incluso el cierre de los establecimientos que expenden fármacos en forma indiscriminada y sin receta médica.

- Promover los cultivos alternativos a las plantaciones de coca, marihuana y amapola.

- Erradicar los focos de microcomercialización y consumo de drogas ilícitas, recurriendo a medidas legales y acciones policiales.

#### ESTRATEGIA IV

Promover la dación de dispositivos legales y hacer respetar los vigentes con el fin de disminuir los problemas ocasionados por el uso de drogas.

##### *Lineas de acción*

- Gravar con impuestos selectivos rígidos las bebidas alcohólicas, tabaco e insumos para la preparación de sustancias psicoactivas que causan dependencia.

- Crear un dispositivo legal que reduzca a 0.8 grms. por litro el índice punible de alcoholemia en accidentes de tránsito y a la vez establezca sanciones drásticas para los infractores.

- Dar un dispositivo legal que reduzca el tenor de alcohol en los licores a niveles de mínimo riesgo adictivo.

- Propugnar medidas legales que faculten al cónyuge o al familiar más cercano del adicto a autorizar el tratamiento coercitivo debido a la incapacidad volitiva del paciente para afrontar por sí mismo la adicción, debido a la falta de conciencia de enfermedad.

- Crear un impuesto selectivo a las ganancias netas de las empresas vinculadas a la producción, distribución y comercialización de bebidas alcohólicas, con el fin de financiar las actividades del Consejo Nacional de Adicciones en la investigación científica, prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones.

- Dar un dispositivo legal que posibilite la destrucción inmediata e *in situ* de las drogas legales incautadas como consecuencia del contrabando.

- Promulgar una ley que regule, restrinja y separe ambientes para bebedores y no bebedores, e igualmente que toda publicidad en favor de las bebidas

alcohólicas debe estar acompañada del siguiente *slogan*: "El licor es una droga dañina para la salud"

- Promulgar la Ley de Fiscalización de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que actúan en el área de la dependencia de drogas.

- Derogar la Ley 22095 sustituyéndola por una norma legal no represiva que refleje la realidad del problema adictivo del país y trate por igual tanto a la oferta como a la demanda de drogas.

- Establecer que las leyes correspondientes a la problemática adictiva sean elaboradas directamente por los expertos de los diversos sectores involucrados en el fenómeno de la demanda.

- Sensibilizar y comprometer a la comunidad y a los Municipios en el respeto y cumplimiento de los dispositivos legales vigentes, aplicando las multas estipuladas en las normas respectivas.

#### ESTRATEGIA V

Crear el Consejo Nacional de Adicciones, conformado multisectorialmente, con la participación de la familia y la comunidad organizada. El Consejo será presidido por el Sector Salud.

##### *Lineas de acción*

- Nombrar por Resolución Suprema al Consejo Nacional de Adicciones (CNA).

- Nominar oficialmente al Consejo Nacional de Adicciones como ente normativo, coordinador, supervisor y de control de las acciones intra e intersectoriales en el campo de la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones. Integran el CNA expertos calificados representantes del Ministerio de Salud, Seguridad

Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Ministerio de Justicia, Ministerio de Educación y de la Oficina de Control de Drogas del Ministerio del Interior (OFFECOD).

- Desarrollar un sistema nacional descentralizado, interdisciplinario e intersectorial de prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de acuerdo a la estrategia de las ZONADIS.

- Promover en cada una de las Regiones y Municipalidades del país la existencia de un Consejo Regional y Municipal de Adicciones para el desarrollo de los programas respectivos.

#### ESTRATEGIA VI

Establecer y promover la educación y capacitación continua, así como la docencia científica especializada en adicción, a través del CNA.

##### *Lineas de acción*

- Promover y ejecutar programas de información, educación y orientación continua sobre adicciones en los medios de comunicación social.

- Incorporar en los programas de enseñanza escolar de los diferentes niveles y modalidades: información, promoción y educación relativa a la prevención de las adicciones químicas y no químicas.

- Crear la especialidad de adicciones en el post-grado universitario.

- Brindar programas educativos orientados a desarrollar conciencia social acerca del problema adictivo.

- Planificar y ejecutar cursos de capacitación y actualización continua.

- Elaborar manuales y guías técnicas para el manejo y orientación de casos.

- Promover entre el personal que brinda atención al adicto el desarrollo de actitudes, valores, conductas y una meto-

dología de trabajo que logre un óptimo desempeño de sus funciones, dada la complejidad del problema.

- Sensibilizar y promover la educación y capacitación del personal de los diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales involucrados directa e indirectamente con la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento del enfermo adicto.

- Establecer al más alto nivel convenios con las Universidades, Escuela Nacional de Salud Pública e Institutos, para la elaboración y desarrollo de programas de formación y especialización en el área.

- Desarrollar programas educativos en coordinación con las autoridades, líderes de la comunidad e instituciones de salud públicas y privadas, a fin de que brinden información, orientación y promuevan la motivación, el cambio de actitudes, los hábitos y comportamientos saludables, principalmente en las familias, contribuyendo de este modo a desarrollar una conciencia social sobre el problema adictivo.

- Brindar información idónea a la comunidad acerca de las drogas y de las adicciones; erradicando los mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes inadecuadas relacionadas con las drogas, su consumo y el uso compulsivo.

#### ESTRATEGIA VII

Establecer el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica como punto central de registro e información actualizada de los diferentes aspectos del problema del uso de drogas.

##### *Lineas de acción*

- Encargar al Consejo Nacional de Adicciones la creación de un sis-

tema multisectorial que centralice la información a distintos niveles.

- Suscribir convenios interinstitucionales e intersectoriales a fin de establecer una red de información.

- Elaborar un registro unificado que viabilice la recolección homogénea y adecuada de la información.

- Estandarizar los registros y sistemas de recolección de información.

#### ESTRATEGIA VIII

Promover la sensibilización, compromiso y participación activa de la familia y la comunidad en la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones.

##### *Lineas de acción*

- Asumir que *la familia es el foco primario* tanto de la prevención como del tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento de las adicciones.

- Efectuar acciones prioritarias de prevención primaria en el trinomio: *comunidad - familia - individuo*, identificando previamente los grupos de población *expuesta* y de *alto riesgo* diferenciándolos de los grupos provistos de adecuada salud psicosocial.

- Impulsar la participación y organización de la familia y la comunidad en acciones orientadas a modificar las actividades que inducen al uso de drogas, a las conductas adictivas y a los juegos patológicos.

- Aplicar programas dirigidos a disminuir los factores de riesgo de uso de drogas legales e ilegales tanto en el seno familiar como en la comunidad.

- Desarrollar una conciencia social acerca del problema de las drogas.

- Identificar líderes naturales de la comunidad capacitándolos en la prevención primaria del uso de drogas.

- Promover la acción coordinada de las organizaciones comunitarias: clubes de madres, vaso de leche, comedores populares, asociaciones civiles y religiosas con el propósito de erradicar el problema de las adicciones.

- Orientar a la comunidad acerca de los lugares de atención especializada para los adictos.

- Contactar y coordinar con las autoridades formales de la comunidad a fin de proporcionarles información idónea y sensibilizarlos acerca del problema de las drogas y de la adicción.

- Seleccionar, capacitar y evaluar los recursos humanos voluntarios orientados a la prevención, estimulando la formación de promotores comunitarios y difusores de los programas preventivos.

- Asesorar y hacer seguimiento a los grupos de la comunidad que realizan actividades preventivas.

- Capacitar y proporcionar instrumentos válidos a la comunidad organizada, con la finalidad de que contribuyan a desarrollar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica bajo la conducción del Ministerio de Salud.

- Propalar técnicas de promoción de la salud psicosocial, familiar e individual.

- Suministrar información concisa, clara y con naturalidad, principalmente a los padres, a la familia y a los líderes de la comunidad acerca de las drogas, de las conductas adictivas y de los juegos patológicos.

- Promover acciones comunitarias orientadas a erradicar definitivamente los lugares de microcomercialización y consumo de drogas.

#### ESTRATEGIA IX

Reducir la incidencia y prevalencia de la enfermedad a través del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

*Lineas de acción*

- Identificar a la población adicta encubierta y a la población adicta manifiesta.

- Diseñar y aplicar instrumentos de autoevaluación familiar que permitan detectar precozmente al adicto encubierto.

- Educar, informar y orientar a la población en la detección temprana y a un rápido acceso al tratamiento especializado y oportuno.

## ESTRATEGIA X

Desarrollar dentro del Sistema Nacional de Salud, programas integrales para el tratamiento, rehabilitación y seguimiento del adicto.

*Lineas de acción*

- Homogenizar conceptos, criterios diagnósticos, de reincidencia, deserción, alta, seguimiento y registro de casos.

- Identificar los recursos existentes para la atención integral del adicto.

- Fortalecer los servicios existentes y crear otros en las zonas más críticas del país.

- Elaborar y difundir un catálogo de recursos institucionales para la atención integral del adicto.

- Implementar un sistema de referencia, contrarreferencia y de seguimiento de casos.

- Diseñar y aplicar un registro comunitario de casos de adicción.

- Coordinar interinstitucionalmente y operativizar de manera óptima los programas integrales de adicciones del Sistema Nacional de Salud.

- Crear una partida presupuestal específica destinada a apoyar el tratamiento, rehabilitación y seguimiento del adicto.

- Brindar todas las alternativas disponibles mediante la asesoría

interdisciplinaria: médica, de enfermería, psicológica, de servicio social, terapia física y ocupacional para lograr una adecuada reinserción del adicto a su entorno familiar; así como el cumplimiento de su rol sociolaboral y académico.

- Lograr la mayor habilidad y uso de capacidades indemnes del adicto y su familia.

- Estimular el reconocimiento por parte del paciente de habilidades, aptitudes e intereses vocacionales que optimicen su reinserción sociolaboral.

- Brindar las condiciones propicias para que el paciente pueda potenciar sus capacidades y lograr un nivel competitivo.

- Establecer programas terapéuticos dirigidos a estimular, potenciar y mejorar las capacidades físicas, funcionales y psicomotrices del adicto, preparándolo para el esfuerzo físico y la resistencia al trabajo.

- Difundir e implementar los modelos terapéuticos integrales idóneos y efectivos.

- Establecer que el médico, conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud son los únicos especialistas autorizados para intervenir en la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones, cualquiera que sea la naturaleza o el enfoque del afronte terapéutico.

- Normar que el tratamiento y la rehabilitación del adicto sea a largo plazo, por un período no menor de 5 años; siendo necesario el seguimiento del caso por un lapso de 5 años más.

- Priorizar a la familia como el eje fundamental de la intervención terapéutica del adicto en el corto, mediano y largo plazo. Mientras mayor sea la participación familiar, mejor es el pronóstico del caso.

- Impulsar la organización legal de las familias de los adictos, a fin de que ejecuten eficazmente el tratamiento y se apoyen mutuamente.

- Informar a la comunidad que los tratamientos empíricos, sin conducción médica especializada, carecen de sustento científico y de idoneidad ética: como tales no son confiables.

- Evaluar, supervisar y fiscalizar a las ONGs que actúan en el área de las adicciones; con la finalidad de cautelar que no realicen afrontes empíricos o pseudoterapéuticos. Si su accionar no se ajusta a las normas legales vigentes, denunciarlas civil y penalmente por ejercicio ilegal de la medicina y usufructo indebido con la salud de la población.

#### ESTRATEGIA XI

Promover activamente la investigación científica en los tres niveles de intervención de las adicciones.

##### *Lineas de acción*

- Desarrollar investigaciones epidemiológicas que generen información confiable sobre la incidencia y prevalencia de las adicciones, detectando oportunamente las tendencias del problema, los cambios en los patrones de consumo e identificando los factores de riesgo y las consecuencias en la población general.

- Estudiar las adicciones no químicas, v. gr.: adicción a los video-juegos, juegos de salón, a la televisión, a la música estridente y al trabajo entre otras.

- Realizar estudios en la familia tendientes a identificar los factores protectores contra el consumo, así como los factores facilitadores del mismo.

- Estudiar los factores psicosociales que actúan como facilitadores y protectores la población expuesta y en riesgo.

- Efectuar estudios acerca del costo económico del uso de drogas en la población.

- Investigar el costo social del uso de drogas y de sus secuelas, v. gr.: desintegración familiar, accidentes, violencia, conducta delictiva, delitos de corrupción y suicidios, entre otros.

- Realizar estudios relativos a los costos económicos de la morbilidad causada por la patología adictiva en el seno de la comunidad nacional.

- Estudiar la cultura de las drogas en sus múltiples facetas.

- Desarrollar estudios sobre la resistencia biológica, susceptibilidad y predisposición individual ante el consumo de sustancias psicoactivas.

#### ESTRATEGIA XII

Establecer sistemas y métodos de evaluación de los programas de intervención de las adicciones, que sirvan de mecanismos de retroalimentación y a la vez aseguren la eficacia, eficiencia y efectividad de esos programas.

##### *Lineas de acción*

- Realizar estudios de seguimiento a largo plazo por ser la forma más eficaz de evaluar y controlar los programas aplicados.

- Elaborar instrumentos de evaluación y seguimiento de los programas preventivos y terapéuticos.

- Estudiar el impacto de los programas preventivos en la población expuesta y en alto riesgo.

- Realizar estudios nacionales de incidencia y prevalencia de las adicciones midiendo de este modo la eficacia, efectividad y eficiencia de la aplicación de los programas del Plan Nacional.

- Establecer indicadores cualitativos y cuantitativos del funcionamiento

individual, familiar, académico, laboral y social del paciente adicto como método de evaluación de los programas terapéuticos.

- Determinar los porcentajes de deserciones y recaídas de los programas

terapéuticos aplicados.

- Establecer porcentajes de éxito terapéutico a los cinco y diez años de seguimiento.

- Medir el riesgo, costo y beneficio de cada programa aplicado.

### ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde eine Nationalplanung für Prevention, Behandlung, Rehabilitation und Nachfolgebhandlung bei Drogensucht vorgestellt. Man behauptet, dass Drogensucht eine volitive Krankheit sei. Sehr wichtig ist die Arbeit mit den Patienten, mit der Familie und der Gesellschaft. Die regionalen Gesundheitsplanungen spielen auch eine grosse Rolle.

### BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition, Revised (DSM III-R), Washington, DC.- 2. ARIF, A. *et al.* (1988): *Fármacodependencia: Metodología para evaluar el tratamiento y la rehabilitación*. OMS, publicación offsett N° 98, Ginebra.- 3. AREVALO, J. (1986): *Prevalencia del uso indebido de drogas en la población escolar de Iquitos*. Informe dirigido al Director de la Oficina Ejecutiva de Control de Drogas del Ministerio del Interior del Perú. Lima, 1985. Documento N° 589 del Centro de documentación de CEDRO.- 4. BERMEJO, F. R. (1993): *Nivel de riesgo de consumo de drogas en estudiantes del cuarto y quinto grado de educación secundaria del Colegio Nacional San Juan de Trujillo*, 1990. Tesis para optar el grado de Especialista en Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.- 5. BONELLI, I. (1994): *Estado actual de los Sistemas Nacionales de In-*

*formación en Salud*. Seminario taller "Calidad y enfermería". Colegio de Enfermeros del Perú. Lima.- 6. BRIEDBACK, E. *et al.* (1991): "Proyecto de Normalización en Salud Mental", *Neuropsiquiatría y Salud Mental*. Pág. 9-20, Medellín.- 7. CABELLO, C. *et al.* (1993): *Drogadependientes, Reinserción laboral*. ICARES, Editor. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.- 8. CARBAJAL, C. *et al.* (1990): "Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en Lima (1979)". *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*. 41: 1-38.- 9. CARBAJAL, C. *et al.* (1990): "Lineamientos de un programa de prevención de alcoholismo". Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi": Comité de Expertos, Proyecto RENAD. *Anales de Salud Mental*. Vol. VI, No. 1 y 2. Lima.- 10. CARBAJAL, C. *et al.* (1990): "Lineamientos de un programa de prevención de fármacodependencia". Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud Mental Ho-

- norio Delgado-Hideyo Noguchi" : Comité de Expertos Proyecto RENAD. *Anales de Salud Mental*. Vol. VI, N° 1 y 2. Lima.- 11. COMISION INTERINSTITUCIONAL DE ESTADISTICAS DE PRODUCCIÓN Y CONSUMO DE DROGAS (CIEPCOD) (1994): *Documento de trabajo*, Lima.- 12. FERRANDO, D. (1990): *Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta en hogares*. Monografía de investigación N° 5. CEDRO, Lima.- 13. FERRANDO, D (1992): *Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria. Encuesta nacional*. Ministerio de Educación, Proyecto de Educación e Información Pública sobre drogas, Convenio Perú-AID, Taller gráfico de tarea.- 14. FERRANDO, D. *et al.* (1992): *Drogas en el Perú Urbano. Estudio epidemiológico*, Monografía de Investigación Lima, CEDRO.- 15. FREIXA, F. & SOLER-INSA, P. (1981): *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*. Editorial Fontanella, Barcelona.- 16. HAYASHI, S. *et al.* (1985): "Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima-Perú). *Anales de Salud Mental*. 1: 206-222.- 17. JUTKOWITZ, J.M. *et al.* (1987): *Uso y abuso de drogas en el Perú: una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano*. Monografía de investigación N° 1, Lima, CEDRO.- 18. LACUNZA, E. *et al.* (1981): "Características del tabaquismo de una población supuesta sana". *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*. 146: 64-68-85.- 19. MARIATEGUI, J. (1984): "Problemática del alcoholismo en el Perú, una visión en perspectiva". *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 47: 1-21.- 20. MINISTERIO DE SALUD (1992): *Código de Salud, Anteproyecto*, Lima.- 21. MINISTERIO DE SALUD (1993): *Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS)*; Cajamarca.- 22. MINISTERIO DE SALUD (1991): *Plan Nacional de Salud Mental*, Lima.- 23. MINISTERIO DE SALUD (1992): *Informe Comprehensive sobre el Uso Indebido de Drogas en el Perú, una aproximación integrativa*. Dirección Nacional de Salud Mental, Lima.- 24. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES (1993): *Anteproyecto: Plan Nacional de Control de Drogas 1994-2000*, Lima.- 25. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, CONVENIO HIPOLITO UNANUE, PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL CONTROL DE DROGAS (UNDCP), OPS (1993). *I Seminario-Taller de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Quito.- 26. MINOBE, K. *et al.* (1993): "Prevalencia de Vida de Trastornos Mentales en Independencia", *Anales de Salud Mental*, Vol VI: 1 y 2, pág. 9-20.- 27. NAVARRO-CUEVA, R. (1992): *Cocaína. Aspectos Clínicos, Tratamiento y Rehabilitación*. Ediciones Libro Amigo, pp 69-115. Lima.- 28. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1978): "Jerga utilizada por los consumidores de drogas", *Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior*. 39: 175-179.- 29. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1979): "Síndrome de pasta básica de cocaína", *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 42: 114-135 y 185-208.- 30. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): "Prevención del consumo de drogas", *Diagnóstico*. 16: 17-28.- 31. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): "Terapia del Silencio Electrónico y de la Comunicación Humana Auténtica. Un estudio clínico preliminar en 100 familias", *Diagnóstico*. 18: 13-20.- 32. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): *Sociedad, Familia y Drogas*. Tomo II, Marsol Perú Editores, Trujillo.- 33. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1988): "Conciencia social y drogas". *Anales de Salud Mental*. 4: 98-118.- 34. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1989): *Tratamiento Ecológico de la Dependencia de Drogas*, Imprenta Valdivia, Lima.- 35. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): *Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis Doctoral, Lima.- 36. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Mitos y Tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas acerca de la dependencia de drogas", *Acta Médica Peruana*. 15:1.- 37. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Algunos aspectos clínicos del dependiente de Drogas". *Acta Médica Peruana*. 15:3-4.- 38. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): "Problemática de la dependencia de drogas: un enfoque holístico", *Acta Médica Peruana*. 16:2.- 39. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): "Modelo ecológico de tratamiento de la Adicción". *Anales de Salud Mental*. 8:27-45.- 40.

- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1993): "Adicción precoz. El adicto encubierto". En: *Fronteras de Medicina*, Boehringer Ingelheim. Lima.- 41.
- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1994): *Antecedentes familiares de adicción en 200 dependientes*. Comunicación preliminar del Modelo Familiar de Enfoque Ecológico del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima.- 42.
- NIZAMA-VALLADOLID, M. & VARGAS, D. (1994): *Demanda espontánea, noviembre 1992-noviembre 1993 en el Departamento de Farmacodependencia*. Comunicación preliminar del Modelo Familiar de Enfoque Ecológico. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima.- 43.
- OPS (1988): *Convenio Hipólito Unanue, Reunión del grupo intersectorial de la sub-región Andina en Farmacodependencia: Informe final*, Caracas.- 44.
- OPS (1990): *Reestructuración de la atención psiquiátrica: Bases conceptuales y guías para su implementación*. Memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. R. González Uzcátegui & I. Levav (eds), Caracas.- 45.
- OMS (1988): "Declaración de Alma Ata" en: *Informe de Atención Primaria de Salud, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de setiembre de 1978*; Ginebra.- 46.
- OMS (1978): *Salud para todos en el año 2000*. Ginebra.- 47.
- PERALES, A. et al. (1990): *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. Lima.- 48.
- PINILLOS, L. et al. (1993): "El médico y el tabaquismo en el Perú", *Acta Cancerológica 1*: 17-21.- 49.
- SAAVEDRA-CASTILLO, A. (1991): *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", Lima.- 50.
- SAAVEDRA-CASTILLO, A. (1991): *Sub-reporte en el Abuso de dependencia de sustancias psicoactivas. Estudio Multicéntrico*, protocolo de investigación del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Ministerio de Salud, Lima. 51.
- SAAVEDRA-CASTILLO, A. (1992): "Comorbilidad en pacientes ambulatorios farmacodependientes asistidos en el Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *XIII Congreso Nacional de Psiquiatría*. Lima.- 52.
- SANCHEZ, E. (1978): "Algunos aspectos epidemiológicos de la dependencia a pasta básica de cocaína". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 41: 77-82.- 53.
- VERGARA, M. (1991): *Informe comprehensivo sobre el uso indebido de drogas en el Perú, una aproximación integrativa*. Dirección Nacional de Salud Mental, Lima.- 54.
- WHO (1992): *Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Chapter V. (F 10 - F 19): Mental and Behavioral Disorders. Geneva.