

## **ADICCION A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: GLOSARIO\***

### **RESUMEN**

*Se ha elaborado un glosario de adicciones a sustancias psicoactivas que incluye 71 términos con el propósito de contribuir a la homogeneización conceptual del lenguaje técnico de uso común en el área de la dependencia de drogas. Presentado en orden alfabético, el glosario es producto de la compilación de la literatura y de la experiencia obtenida en el Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Abarca conceptos relativos a la química, epidemiología y aspectos sociales de la farmacodependencia.*

### **SUMMARY**

*A comprehensive addictionological glossary of 71 words were developed. It pursues the consensus about language for common use in the area of the drug dependence. Showed in alphabetical order, the glossary is a result of the compilation of terms in the literature and also the experience gathered at Drug Dependence Department of the National Institute of Mental Health "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". It has concepts relative about chemical, epidemiological, clinical and social issues concerning to the drug dependency.*

**PALABRAS - CLAVE:** Farmacodependencia, adicción, lenguaje de la adicción.

**KEY - WORDS:** Drug dependence, addiction, language of the addiction.

---

\* Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi": Martín Nizama-Valladolid, Jefe del Depto. de Farmacodependencia; Carlos Cachay Chávez, Psiquiatra Asistente; Alfredo Saavedra Castillo, Psiquiatra Asistente, Victoria Angeles Carlos; Psiquiatra Asistente; Lic. Ps. Yolanda Sanez Briceño y Lic. T.S. Ludivina Huanca Alarcón.

### 1.- ABSTINENCIA

Cese del consumo compulsivo de drogas lícitas o ilícitas. Puede ser de dos tipos:

a) Abstinencia absoluta: cese del consumo de todo tipo de drogas potencialmente adictivas.

b) Abstinencia relativa: cese del consumo compulsivo de drogas manteniendo el uso social u ocasional de sustancias a las cuales la persona no ha sido previamente adicta <sup>1,14,53</sup>.

### 2.- ADICCION ENCUBIERTA

Es el uso oculto de drogas, por parte de una persona sin que su familia se percate de dicho consumo. En todo caso, la familia equivocadamente valora como "normal" el consumo excesivo de alcohol, fármacos (ingeridos mayormente por automedicación), marihuana o cocaína.

La duración del período de adicción encubierta varía según el tipo de droga. Así por ejemplo: de 10 a 15 años para el alcohol; un promedio de 6 años para la cocaína; alrededor de 4 años para la pasta básica de cocaína (PBC), aproximadamente 3 años para la marihuana y unos 2 años en el uso de inhalables. Durante este lapso la familia del adicto encubierto se encuentra en la "etapa ciega" de su evolución y cree erróneamente que "todos pueden caer menos uno de los nuestros"<sup>38</sup>.

### 3.- ADICCION FAMILIAR MULTIPLE

Presencia de más de un caso de adicción en el entorno familiar actual del paciente. Por ejemplo: hijo adicto a la PBC, padre alcohólico o madre dependiente de fármacos.

### 4.- ADICCION QUIMICA

Sinonimia: dependencia de drogas, drogadicción, farmacodependencia, toxicomanía, drogodependencia, alcoholismo o tabaquismo.

Según la 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 cognoscitivas 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 psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol, tabaco o benzodiazepinas; a pesar de experimentar 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 preferencia. Asimismo, un incremento de la tolerancia, y 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>1,53</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 autogratificante, b) mayormente, inconsciencia de enfermedad, c) escasa o nula motivación para el tratamiento, y d) tendencia a la reincidencia en el consumo.

Su origen es multicausal, principalmente ambiental, social, familiar, biogenético y farmacológico 14,25,30,32,37,53.

#### 5.- ADICCION NO QUIMICA

Acciones compulsivas autograti-ficantes alrededor de las cuales la perso-na organiza mayormente su tiempo libre, en desmedro de sus demás funciones o con abandono de las mismas. Son de dos tipos: a) conductas adictivas y b) juegos patológicos 28-30,32,36,37.

#### 6.- ALIENACION

Pérdida y rechazo de la propia identidad psicosocial y cultural; al mis-mo tiempo adopción acrítica de estilos de vida y patrones de comportamien-to foráneos o ajenos a la propia reali-dad 26,28-30.

#### 7.- ALUCINOSIS ALCOHOLICA

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en una alucinosis or-gánica, en la que se presenta alucinacio-nes vívidas y persistentes poco después (habitualmente, luego de 48 horas) de la interrupción o la reducción del consumo de alcohol por parte de un sujeto depen-diente. Las alucinaciones pueden ser au-ditivas o visuales. Las alucinaciones au-ditivas son generalmente voces y, con menor frecuencia, sonidos como silbidos o zumbidos. En la mayoría de los casos, el contenido de las alucinaciones es in-quietante y desagradable. Sin embargo, también puede ser benigno, sin represen-tar alteración alguna para el individuo. Las voces pueden dirigirse directamente al sujeto, pero es más frecuente que se dirijan a él en tercera persona <sup>1</sup>.

#### 8.- AMNESIA DE EMBRIAGUEZ

Sinonimia: palimpsesto, "bache de memoria", *black out* o "laguna mental".

Es un signo de comienzo de de-pendencia alcohólica. Se produce tras haber bebido cierta cantidad de alcohol, que puede ser excesiva o no. El sujeto comprueba el día siguiente que ha olvi-dado lo que hacía mientras bebía <sup>14</sup>.

#### 9.- ANOMIA SOCIAL

Convivencia social carente de normatividad, de orden y de reglas de juego claras.

#### 10.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE ADICCION

Presencia de casos de adicción en la ascendencia familiar directa o colate-ral; sea en la rama paterna o materna <sup>39</sup>.

#### 11.- ATENCION PRIMARIA DE LA SA-LUD

Es la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticas y sencillas, científicamente fundadas y so-cialmente aceptadas, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participa-ción y a un costo que ésta y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria constituye parte de la Red Nacional de Salud, de la cual es función central y su núcleo prin-cipal. Igualmente, es un aspecto esencial contributorio del desarrollo social y económico global de la comunidad. Es el

primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con la Red Nacional de Salud, conduciendo lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas. La atención primaria es el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria moderna 6,18,19,21,42,44,45.

### 12.- COADICCION

Persona que convive con un enfermo adicto, la misma que presenta conductas de encubrimiento y tolerancia al patrón de comportamiento adictivo que desarrolla el dependiente de drogas 14,30,32,33,37.

### 13.- COMPULSION

Trastorno volitivo caracterizado por la ejecución reiterada o repetida de un acto a pesar de la intención de controlarlo. Su realización alivia la angustia y su impedimento la aumenta. Es una severa alteración de la voluntad, por la cual el sujeto hace uso irrefrenable de una o más sustancias psicoactivas, de una actividad o de un juego autograficante 14,25,30,33.

### 14.- CONDUCTAS ADICTIVAS

Actividades compulsivas auto-gratificantes que adquieren prioridad en la vida del individuo, relegándose los demás roles a un segundo plano; v. gr.: adicción al trabajo, a la música estridente, a la comida, al dinero o al sexo, entre otras 28-30,32.

### 15.- CONSUMO PERJUDICIAL

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física

(como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicótropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastorno depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol 53.

### 16.- COMPAÑIAS MALSANAS

Personas desadaptadas que acompañan a otra, influyen negativamente sobre ella y son vinculaciones nocivas para la salud del individuo. Por ejemplo: la compañía de un usuario antiguo de alcohol, cocaína o de cualquier otra droga 14,28,30.

### 17.- CRIANZA

Proceso mediante el cual se estimula el crecimiento del ser humano, desde que nace hasta que termina su desarrollo corporal. Ello implica alimentarlo, atenderlo y asistirlo en la satisfacción de sus necesidades biológicas, emocionales y afectivas 28,30.

### 18.- CURSO DEL CONSUMO

#### a) Ocasional

Estadío caracterizado por el consumo esporádico, sin frecuencia ni periodicidad. Sin embargo, existe posibilidad o riesgo que el sujeto vuelva a consumir. Aquí se incluye el consumo eventual cada 4 a 6 meses 1,14,53.

#### b) Intermitente

Episodio de consumo de drogas que se interrumpe y vuelve a empezar alternativamente sin regularidad. Su intensidad es moderada 1,14,53.

#### c) Periódico

Estadío de consumo que en cantidad y frecuencia mantiene una

periodicidad más o menos regular y en el que el sujeto puede llegar al uso excesivo o dependencia; v.gr.: consumo periódico cada mes o cada dos semanas 1,14,53 .

d) Continuo

Estado caracterizado por un consumo irrefrenable, repetitivo y por lo general excesivo de sustancias psicoactivas placenteras, con frecuencia continua, por el cual el sujeto puede o no desarrollar dependencia; v.gr.: consumo diario, interdiario o semanal 1,14,53.

19.- "CHACCHADO" DE COCA

Sinonimia: coqueo, acullico, bolo.

Masticación ritual de la hoja de coca practicada ancestralmente por la población autóctona de los andes de América del Sur que comprende a Perú, Bolivia, Colombia y Argentina. Consiste en masticar la hoja de coca mezclada con saliva y sustancias alcalinas hasta formar un masa redonda ("bolo") que se sujeta entre el carrillo y la encía. Por su acción estimulante incrementa la resistencia a la fatiga, el rendimiento muscular y mitiga el hambre.

También se le practica como rito mágico-religioso. Actualmente no se le cataloga como una dependencia. Se le valora como un ritual cultural de raíces mágico-religiosas ancestrales 1,14,53.

20.- DELIRIO POR ABSTINENCIA AL COHOLICA (*delirium tremens*)

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en un delirio que apa-

rece a los pocos días (normalmente menos de una semana) de haber interrumpido o reducido el consumo de alcohol. Hay una notable hiperactividad autonómica, expresada a menudo con taquicardia y sudoración.

El *delirium tremens* es un estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos de corta duración y que a veces pone en peligro la vida. Suele ser consecuencia de la abstinencia absoluta o relativa de alcohol en personas con una grave dependencia y con largos antecedentes de consumo. El *delirium tremens* comienza por lo general después de interrumpir el consumo de alcohol, aunque puede ser provocado por otros factores (traumatismos o infecciones). En algunos casos se presenta durante episodios de consumo muy elevado de alcohol.

Los síntomas prodrómicos típicos son: insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia. La triada clásica de síntomas consiste en: 1) obnubilación de la conciencia y estado confusional, 2) alucinaciones e ilusiones vívidas que pueden ser visuales, auditivas o táctiles, y 3) temblor irregular intenso y grosero. Pueden aparecer también ideas delusivas, agitación insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia, síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo y fiebre.

El primer episodio de esta alteración suele darse de 5 a 15 años después de haberse establecido un hábito persistente de beber alcohol. Se inicia al segundo o tercer día de haber interrumpido o reducido la ingestión de alcohol.

El síndrome se desarrolla usualmente en dos o tres días, a no ser que se presente una complicación debida a la asociación con otras enfermedades. Las crisis epilépticas, que pueden presentarse

como resultado de la abstinencia alcohólica, preceden siempre al desarrollo del *delirium* 1,53.

### 21.- DESEO COMPULSIVO DE DROGARSE ("ANGUSTIA")

Angustia intensa, asociada a la apetencia por las drogas que se desencadena abruptamente por estímulos externos o internos.

El sujeto vivencia el deseo incontrolable de iniciar o continuar el consumo y adopta un comportamiento compulsivo para obtener la droga de su preferencia, prepararla y autoadministrársela ritualmente hasta que se le termina o experimente los síntomas de saturación tóxica. El deseo compulsivo es especialmente agudo en la dependencia de PBC y los usuarios la denominan "angustia" 1,14,25,27,30,32,33,36,37,53.

### 22.- DESERCIÓN

Abandono del tratamiento sin previo aviso por parte del paciente y/o de su familia después del sexto mes de haber iniciado el tratamiento regular 2,32,37.

### 23.- DESINTOXICACIÓN

Proceso terapéutico que consiste en eliminar del organismo las sustancias tóxicas y contrarrestar sus efectos adversos 14.

### 24.- DIAGNOSTICO ASOCIADO (COMORBILIDAD)

Se refiere a una o más categorías diagnósticas que coexisten en un individuo que presenta un diagnósti-

co principal. Patología que se presenta conjuntamente con una enfermedad determinada. Por ejemplo: alcoholismo asociado a esquizofrenia, trastorno bipolar o epilepsia<sup>27,50</sup>.

### 25.- DROGA

Sustancia química, vegetal o preparado medicamentoso de efecto psicoactivo que puede producir o no dependencia. Por ejemplo: alcohol, tabaco, caféina, fármacos, PBC, marihuana, cocaína o inhalables 14.

### 26.- DROGAS "NO CONVENCIONALES"

Actividades, juegos, objetos y otros elementos autogratificantes que sin ser drogas funcionan como tales, produciendo dependencia psíquica cuando se abusa de los mismos, con el consecuente deterioro en las áreas sociolaborales, académicas y/o familiares. Por ejemplo: uso patológico de la televisión, de los videojuegos o de las computadoras. El uso de estos agentes autogratificantes durante un tiempo adecuado, no constituye dependencia 28,29,30,32,37,53.

### 27.- EDUCACIÓN

Proceso formativo ejercido en el niño o joven, orientado al desarrollo de la voluntad, el carácter, los hábitos, costumbres, tradiciones, sentimientos y valores, que deviene en el desarrollo de la personalidad del individuo. Este proceso está en relación directa con el grado de compromiso afectivo-emocional de las figuras parentales naturales o sustitutas que ejercen la paternidad y la maternidad responsables 18,28,30-32,37.

La educación para la salud, es el mismo proceso orientado a la promoción de: individuo saludable, familia saludable, comunidad saludable y nación saludable.

## 28.- EMBRIAGUEZ

Estado no ecuánime de la persona que ha ingerido bebidas alcohólicas, debido a una concentración sanguínea de alcohol etílico de 150 mgr/100 ml; cuya acción es la depresión primaria de la corteza cerebral originando una conducta desinhibida. Luego de ingerir el etanol se produce una breve fase de euforia, locuacidad e incremento del interés y la excitación sexual seguida de una prolongada fase de depresión de las funciones cognoscitivas, sedación, disartria y marcha atáxica<sup>14</sup>.

## 29.- EVOLUCION CLINICA DEL ADICTO

La historia natural de la dependencia de drogas cursa a través de las siguientes etapas y subetapas<sup>33,53</sup>:

1. Inicial o experimental: es el comienzo del consumo de drogas lícitas o ilícitas.

2. Habitación: acostumbamiento al uso de dichas sustancias y a los ritos de consumo.

3. Dependencia: apetencia incontrolable de drogas. Presenta las siguientes subetapas:

3.1 Adicción propiamente dicha: instalación de la dependencia psicofisiológica de una sustancia psicoactiva placentera hasta el final del curso de la enfermedad.

3.2 Antisocial: comportamiento desadaptativo, perturbador, a menudo delictivo y anético.

3.3 Deterioro somático: adelgazamiento, palidez y desaliño.

3.4 Psicosis: trastorno del juicio por efecto psicotóxico agudo o crónico.

4. Desenlace terminal: destino final del adicto sin tratamiento adecuado y oportuno. Esta etapa presenta las siguientes vías finales comunes.

4.1 Anomia social: delinque cotidianamente y cae en marginalidad sociofamiliar.

4.2 Hominización

4.3 Muerte: pérdida de la vida, generalmente de modo trágico.

4.4 Remisión espontánea.

## 30.- EVOLUCION DE LA FAMILIA DEL ADICTO

La familia se va enfermando a la par que el usuario. El trastorno familiar evoluciona a través de las siguientes etapas y subetapas<sup>33</sup>:

1. Ciega: desconocen el consumo de drogas entre sus miembros.

2. Negación: no aceptan que tienen adictos en el seno familiar. Los marginan o se ocultan mutuamente el fenómeno adictivo entre sí.

3. Crisis emocional: quiebra afectivo-emocional de la familia, angustia, depresión, frustración o miedo. Son manifestaciones agudas del disturbio familiar.

4. Endosamiento: se deshacen del adicto o intentan liberarse de él de la forma más expeditiva posible. A menudo proceden con extrema irresponsabilidad o temeridad.

5. Bloqueo cognoscitivo: estado de torpeza mental o bloqueo intelectual debido a una intensa sobrecarga emocional ("estupidización"). Los familiares actúan cual autómatas y son ampliamente manipulados por el adicto, quien abusa implacablemente ensañándose con los suyos.

6. Aceptación: reconocimiento de la adicción por parte de la familia. Empero, se puede estimar que sólo alrededor de 3% de familiares, espontáneamente busca ayuda profesional y se compromete auténticamente con un programa terapéutico.

7. Desenlace terminal: destino final de la familia que no accede a un tratamiento adecuado y oportuno. Presenta las siguientes vías finales comunes:

7.1 Desorganización: su convivencia es caótica.

7.2 Homeostasis patológica: la familia se encuentra psíquicamente enferma. Comúnmente sufre depresión, angustia, impotencia o pánico crónicos.

7.3 Desintegración: ruptura familiar. Disolución de la familia.

7.4 Ajuste espontáneo: armonía familiar generada en forma natural, sin ayuda profesional. Solamente un escaso porcentaje de familiares lo logra.

### 31.- EVOLUCION PSICOSOCIAL DE LA ADICCION

Desde la perspectiva psicosocial, esta enfermedad evoluciona en cuatro etapas bien delimitadas como se describe a continuación <sup>30-34,37,38</sup>:

#### 1.- Encubierta

Se caracteriza por el irreductible ocultamiento de la adicción. Primero por

el enfermo durante 3 a 6 años aproximadamente. Durante este lapso la conducta adictiva del usuario es subrepticia y pasa desapercibida para el entorno familiar íntimo no consumidor de drogas. Entonces, el enfermo adopta un comportamiento dual (doble vida). En esta prolongada etapa el adicto disimula intencionalmente el consumo a su entorno sociofamiliar y amical íntimo, hasta que finalmente no puede seguir engañando y es detectado. Aún descubierto, pretende negarlo; en todo caso, siempre minimiza la intensidad de su consumo.

#### 2.- Negación familiar

La familia se resiste a aceptar la adicción entre sus miembros; a la vez, lo oculta a los familiares menos allegados y al círculo amical.

#### 3.- Abierta

Durante esta etapa la conducta adictiva es manifiesta. El enfermo consume drogas de manera visible y evidencia un comportamiento antisocial riesgoso para su familia y el entorno.

#### 4.- Terminal

Cuando el enfermo ya constituye un peligro inminente contra sí mismo, su familia y el entorno social.

### 32.- FACTORES PROTECTORES

Agentes intrapsíquicos o exógenos que protegen a la persona de las influencias nocivas relacionadas al uso de drogas; v.gr.: madurez de la personalidad, proyecto de vida, comunicación abierta, adecuada cobertura afectiva intrafamiliar, esparcimiento sin uso de drogas legales o armonía familiar <sup>12,20,41</sup>.



### 33.- FACTORES DE RIESGO

Agentes intrapsíquicos o exógenos que hacen al individuo vulnerable al uso de drogas, por ejemplo: inmadurez profunda de la personalidad, depresión, soledad, tendencia a la evasión, intolerancia a la frustración, consumo indiscriminado de drogas legales en el hogar, microcomercialización de drogas en la zona circunvecina y compañía de usuarios de drogas, entre otros 4,12,41.

### 34.- FAMILIA

Organización básica y natural de la sociedad, conformada por un grupo de personas emparentadas entre sí, unidos por vínculos de identidad y afectivos, que tienen intereses comunes y están bajo la autoridad de los padres naturales o sustitutos 28,30,32,37.

#### 1. Tipos de familia

- a) Familia parental: Cuando el paciente convive con sus padres.
- b) Familia propia: Cuando el paciente convive con su esposa e hijos.
- c) Familia sustituta: El paciente convive con personas con las cuales no presenta vínculo parental.

#### 2. Estructura y constitución familiar

- a) Agregada: Es la familia nuclear a la que se ha incorporado otros parientes o amistades para vivir bajo un mismo techo.
- b) Desintegrada: Familia caracterizada por la separación de sus integrantes. Ruptura de la célula familiar.

c) Extendida: Familia nuclear en la cual uno o más de los hijos al formar su propia familia continúan compartiendo el mismo techo.

d) Incompleta: Familia caracterizada por la ausencia de uno de los cónyuges por causa de muerte, separación o divorcio.

e) Matrimonio: Constituida únicamente por los dos miembros de la pareja. No tienen hijos naturales ni sustitutos.

f) Nuclear: Familia constituida por ambos padres y los hijos solteros.

g) Solitaria: Persona que vive sola.

#### 3. Funcionamiento familiar

El funcionamiento familiar se puede agrupar como sigue:

a) Alienado: Funcionamiento familiar inauténtico en el que alguno o todos los miembros han perdido la identidad socio-cultural, al desconocer o rechazar la propia realidad, adoptando en forma acrítica patrones de comportamiento y estilos de vida foráneos o exógenos.

b) Apático: Funcionamiento familiar en el cual hay una mengua o ausencia de reactividad afectiva entre sus miembros. Dicho funcionamiento se caracteriza por una exigua proporción de expresiones de ternura, cariño, calor emocional; prevaleciendo interacciones de indiferencia, frialdad indolencia.

c) Armónico: Funcionamiento saludable caracterizado por una dinámica familiar adecuada, donde se cultivan las relaciones interpersonales estables a través de la comunicación, el afecto genuino, la comprensión y el respeto mutuo

que posibilitan la adaptación e integración de sus miembros, quienes observan una sólida unidad familiar. El grupo familiar disfruta de bienestar espiritual y de un funcionamiento equilibrado.

d) Caótico: Funcionamiento familiar anárquico en el que prevalece la confusión y el desorden, por ausencia de una autoridad efectiva en el hogar. No existe pautas ni normas de comportamiento ordenado. Hay ausencia de reglas de juego claras. La convivencia familiar es extremadamente indisciplinada.

e) Desorganizado: Funcionamiento familiar desequilibrado en el cual prevalece la falta de cohesión y de funcionamiento unitario. Los miembros de la familia desarrollan patrones de vida individualistas, atendiendo sólo a intereses propios. La relación afectiva está ausente, es tenue o insana.

f) Irrracional ("estupidizado"): Funcionamiento familiar carente de racionalidad, en el cual las figuras de autoridad actúan con torpeza en la comprensión de la realidad intrafamiliar y la de su entorno (sin que esto signifique pérdida del juicio de realidad), y están sometidos a los requerimientos, manipulaciones, exigencias y caprichos de uno o más de los miembros del grupo familiar. El patrón de vida carece de la rectoría de la racionalidad.

g) Psicopático: Comportamiento familiar antisocial, caracterizado por la trasgresión reiterativa de las normas familiares, sociales, morales y éticas establecidas.

h) Rígido: Funcionamiento familiar inflexible en el que prevalecen reglas fijas y de actitudes obstinadas de las figuras parentales. Insisten en que las cosas se hagan como ellos piensan o lo han hecho siempre, sin atender las razones

sensatas de los demás miembros de la familia.

i) Simbiótico (ver simbiosis).

### 35.- FLASHBACK

Se trata de la reaparición espontánea, días o meses después, de sensaciones producidas por ácido lisérgico (L.S.D.), marihuana u otros alucinógenos. Este fenómeno puede distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente es de muy poca duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas<sup>1,14,53</sup>.

### 36.- HOMINIZACION

Es la regresión de la conducta del adicto a estados primitivos del comportamiento social, debido a una severa intoxicación crónica por drogas. En este proceso patológico hay mengua sustantiva de la humanidad con ganancia de la animalidad en el individuo. El adicto pierde rasgos humanos esenciales; v.gr.: comportamiento gregario, racionalidad, altruismo, solidaridad y afecto. Su comportamiento es semejante al del homínido. Así esta especie de homínido moderno vive recluso en covachas de cartón, en basurales aislados, en el más completo deterioro y abandono de su persona. Luce desaliñado, desaseado, con el cabello largo, sin comunicarse con su entorno social y carente de manifestaciones afectivas. Se alimenta generalmente de desperdicios. A este adicto terminal, en la replana se le denomina "carroña", "capilla abandonada" o "drogo perdido".

### 37.- INCIDENCIA

Es el número de casos nuevos de una enfermedad específica durante un lapso dado en una población.

### 38.- INCONSCIENCIA DE ENFERMEDAD

Es la ausencia de conciencia de enfermedad por parte del adicto, quien por el contrario se siente la persona más saludable de todos. La inconsciencia de enfermedad se caracteriza por negación irreductible de la conducta adictiva, encubrimiento o minimización del consumo, lo cual origina carencia de motivación para el tratamiento y la rehabilitación, utilizando para ello la evasión, el boicot o la simulación para manipular el entorno familiar o de lo contrario manifestar rechazo o resistencia al tratamiento y a todo aquello que lo represente. Se ha reconocido como regla casi general que todo adicto sea por alcoholismo, tabaquismo, dependencia de PBC, de marihuana o inhalables presenta ausencia de conciencia de enfermedad<sup>14,27,32,33,35-37,41</sup>.

### 39.- INTOXICACION

La sintomatología esencial de una intoxicación es la desadaptación conductual y un síndrome específico para cada sustancia psicoactiva, que aparece inmediatamente después de su consumo. La evidencia de la ingestión reciente de una sustancia psicoactiva puede obtenerse a partir de la historia, el examen físico (por ejemplo, olor a alcohol), o el análisis toxicológico en sangre u orina.

El concepto de intoxicación se utiliza aquí como una categoría residual que incluye un cuadro clínico provocado por una sustancia psicoactiva exógena y que no corresponde con ningún síndrome mental orgánico específico.

Aunque el cuadro clínico específico está determinado por la naturaleza de la sustancia psicoactiva, los cambios más frecuentes son: trastornos de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio, del control emocional y de la conducta psicomotora. Hay que señalar la posibilidad que sustancias psicoactivas diversas pueden producir un síndrome idéntico o similar. Por ejemplo tanto la intoxicación por anfetaminas como la intoxicación por cocaína pueden dar lugar a cambios conductuales desadaptativos y taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la tensión arterial, sudor o escalofríos, y náuseas o vómitos.

El término intoxicación, tal como se utiliza aquí, se refiere a un trastorno mental que requiere la presencia de una conducta desadaptada. Hay que subrayar que en un sentido fisiológico el término intoxicación es mucho más extenso. Por consiguiente, no puede hablarse de intoxicación cuando hay un consumo recreativo de sustancias psicoactivas generadoras de cambios fisiológicos y psicológicos, sin consecuencias sobre la adaptación conductual. Por ejemplo, el consumo social de alcohol provoca locuacidad, euforia y un lenguaje farfullante, pero no debería ser considerado una intoxicación a menos que se derivaran consecuencias desadaptativas en la conducta, como peleas, deterioro de la capacidad de juicio o deterioro de la capacidad laboral o social<sup>1</sup>.

#### 40.- INTOXICACION AGUDA

Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de las otras funciones y respuestas fisiológicas o psíquicas.

Este es el diagnóstico principal sólo en los casos en los que la intoxicación se presenta en ausencia de problemas más graves o persistentes relacionados con el alcohol u otras sustancias psicotropas. Si no fuera así, tienen preferencia los diagnósticos de consumo perjudicial, síndrome de dependencia o trastorno psicótico <sup>53</sup>.

#### 41.- INTOXICACION PATOLOGICA (EMBRIAGUEZ PATOLOGICA)

Consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas <sup>53</sup>.

#### 42.- LIBERALISMO EXCESIVO

Sinonimia: libertinaje.

Falta de normas o ausencia de control parental sobre el comportamiento de los demás miembros de la familia, a quienes se les permite libertad ilimitada, sin ninguna responsabilidad y sin aplicación de sanciones cuando se infringen las normas establecidas. Es un patrón de vida ultraliberal que promueve el individualismo, la egolatría y la enajenación psicosocial <sup>28,29,30</sup>.

#### 43.- LUDOPATIA

Incluye: Juego compulsivo, juego patológico y ludomanía.

Este trastorno consiste en la presencia de frecuentes y reiterados episodios de juegos de apuesta, los cuales dominan la vida del enfermo en perjuicio de los valores y obligaciones sociales, laborales, materiales y familiares del mismo.

Los afectados por este trastorno pueden arriesgar su empleo, acumular grandes deudas, mentir o violar la ley para obtener dinero o evadir el pago de la sus deudas. Los enfermos describen la presencia de un deseo imperioso e intenso por jugar que es difícil de controlar junto con ideas e imágenes insistentes del acto del juego y de las circunstancias que lo rodean. Estas preocupaciones e impulsos suelen aumentar en momentos en los que la vida se hace más estresante.

Este trastorno es también llamado juego compulsivo, pero este término es menos adecuado debido a que el comportamiento no es compulsivo en el sentido técnico ni el trastorno está relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial es la presencia de: Un jugar apostando de un modo constante y reiterado que persiste y a menudo se incrementa pesar de sus consecuencias sociales adversas tales como pérdida de la fortuna personal, deterioro de las relaciones familiares y situaciones personales críticas<sup>53</sup>.

#### 44.- MANIPULACION

Conducta caracterizada por el uso de medios sutiles y a veces astutos, con la

finalidad de lograr que las otras personas realicen lo que se desea en beneficio de los propios intereses. La conducta manipuladora tiene dos componentes: el manipulador y el manipulable. El uno no existe sin el otro. El sujeto manipulable precede al manipulador. Sin sujeto manipulable no hay manipulador. Entre ambos existe un vínculo de dependencia psíquica no consciente <sup>30,32,33,35,37</sup>.

#### 45.- MENTIRA PSICOPATICA

Expresiones contrarias a la verdad con intención manipuladora. Su finalidad es encubrir hechos u obtener algún beneficio personal <sup>1,14,30,32,33,35,37,38</sup>.

#### 46.- MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Enfoque conceptual amplio que comprende los aspectos biológicos, psíquicos y sociales en el abordaje de los problemas de salud del individuo <sup>49</sup>.

#### 47.- MODELO FAMILIAR

Es un paradigma de enfoque ecológico que afronta el fenómeno adictivo en base a la acción familiar. Mediante este abordaje se asigna al entorno socioambiental nocivo una función hegemónica en el origen, en la cronificación y en el desenlace de las adicciones.

Según esta aproximación integral, sigue en orden de importancia el entorno familiar disfuncional, luego la personalidad profundamente inmadura del sujeto y finalmente la conducta adictiva (evasiva) del usuario compulsivo.

Igualmente se establece que la familia es el eje fundamental de la intervención en el área de la prevención, trata-

miento, rehabilitación, reeducación y seguimiento de las adicciones; sea a sustancias químicas, a conductas adictivas o a juegos patológicos <sup>30,33,37</sup>.

#### 48.- PERSONALIDAD

Patrones de conducta profundamente arraigados, que incluyen el modo en que el sujeto se relaciona, percibe y piensa sobre su entorno y acerca de sí mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes que no implican patología. Los trastornos de la personalidad suponen patrones rígidos y desadaptativos de una gravedad suficiente como para causar un déficit en la capacidad adaptativa o un sentimiento subjetivo de malestar <sup>1,14,53</sup>. Se describen los siguientes perfiles de personalidad:

##### a) Antisocial

Personalidad anormal caracterizada por una historia crónica y continua de trasgresión de los derechos y normas sociales establecidas. El trastorno se desarrolla desde temprana edad con una historia de problemas de conducta en la escuela, bajo rendimiento, fuga y ausentismo escolar y del hogar, rebeldía, problemas interpersonales, uso de sustancias psicoactivas desde temprana edad, agresividad e impulsividad desproporcionadas; así como tendencia a la mentira. En la adultez, el trastorno se traduce en una incapacidad para la estabilidad laboral y académica con ausentismos injustificados y por irresponsabilidad en el hogar, maltrato conyugal y desatención de los hijos. En el área social: conducta delictiva, promiscuidad sexual, uso de drogas alcohólicas y no alcohólicas. Cuando este

trastorno es adquirido como consecuencia de la dependencia de las drogas se denomina psicopatización.

b) Agresiva (explosiva)

Trastorno de la personalidad caracterizado por inestabilidad del ánimo con tendencia a estallidos repentinos de ira, odio o violencia. La agresión puede expresarse por medio de palabras o por violencia física. Los arrebatos no pueden ser controlados con facilidad por la persona afectada, que por lo demás, no es propensa a la conducta antisocial.

c) Pasivo-agresiva

Trastorno de la personalidad en el que existe una resistencia las exigencias de llevar a cabo un rendimiento adecuado tanto en forma directa como indirecta.

La consecuencia es una ineffectividad global y persistente desde el punto de vista social o laboral. Incluso cuando es posible una conducta más autoafirmativa y afectiva. El nombre de esta alteración se basa en la idea que estos individuos expresan pasivamente una agresión encubierta. Los individuos que padecen esta alteración habitualmente se resienten y se oponen a las exigencias para aumentar o mantener un determinado nivel de funcionamiento.

La resistencia se expresa indirectamente, a través de maniobras tales como desplazamiento, pérdida de tiempo, tozudez, ineficacia intencional y tendencia a olvidar las cosas.

d) Esquizoide

Trastorno de la personalidad en el que existe un defecto en la capacidad

para establecer relaciones sociales, puesto de manifiesto por la ausencia de sentimientos cálidos y tiernos hacia los demás e indiferencia a la aprobación, la crítica y los sentimientos de los demás. Son por lo general individuos "solitarios", parecen reservados, retraídos, fríos y distantes.

e) Histriónica

Trastorno de la personalidad caracterizado por el dramatismo y la exageración en las respuestas emocionales. Los individuos con este trastorno por lo general tratan de llamar la atención, ansían ser el centro de atracción adoptando en ocasiones papeles de víctimas o gestos suicidas para obtener sus deseos. Sus reacciones son intensas y ante rechazos o negativas a ser complacidos desarrollan cólera exagerada llegando incluso a las rabietas.

En cuanto a sus relaciones interpersonales se muestran dependientes, egocéntricos, superficiales, vanidosos y en ocasiones desconsiderados con los de su entorno.

f) Inestable

Personalidad anormal con trastorno en el área afectiva y del carácter. La primera se manifiesta por un temple lábil y un estado de ánimo sujeto a frecuentes cambios intempestivos acompañados de disforias transitorias. En el carácter, se evidencia inconstancia y cambios frecuentes en las relaciones interpersonales, laborales, metas, valores, etc.

g) Tímida (evitante)

Caracterizada por gran hipersensibilidad al rechazo. Establecen con-

tactos interpersonales en forma reacia a menos que tengan la seguridad que serán aceptados sin ningún tipo de crítica. Hay retraimiento social a pesar del deseo de afecto y aceptación. Existe una baja autoestima.

#### 49.- PREVALENCIA

Número de personas de una población que tienen determinada enfermedad en un tiempo determinado <sup>3,5,8,40,52</sup>.

#### 50.- PREVALENCIA DE VIDA

Número de personas que presentan un fenómeno mórbido en algún momento de su vida <sup>15,24</sup>.

#### 51.- PREVALENCIA DE USO

Uso de alguna sustancia psicoactiva alguna vez en la vida <sup>3,11,12,13,16,47</sup>.

#### 52.- PREVENCION PRIMARIA

Acciones orientadas a la promoción de la salud y a la reducción de los factores de riesgo mórbido, sea en el individuo o en la comunidad <sup>4,9,34</sup>.

#### 53.- PREVENCION SECUNDARIA

Son las acciones dirigidas a reducir la prevalencia de las enfermedades, mediante la reducción de su duración, una vez que ésta se ha presentado. Sus objetivos son el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

#### 54.- PREVENCION TERCARIA

Conjunto de medidas tendientes a reducir la frecuencia e intensidad de las

secuelas y la incapacidad producidas por una enfermedad. Sus objetivos son el logro de la rehabilitación integral y la reinserción social, laboral o académica de la población afectada <sup>7,32</sup>.

#### 55.- REINCIDENCIA

Sinonimia: recaída.

Recurrencia de la conducta adictiva después de 3 meses o más de abstinencia debido al tratamiento o por cese espontáneo de la adicción.

#### 56.- RETIRO

Descontinuación del tratamiento por decisión unilateral del paciente y/o de su familia antes del sexto mes de haber iniciado el programa terapéutico regular.

#### 57.- RETIRO VOLUNTARIO

Acto por el cual el paciente y/o su familia optan por el retiro espontáneo del programa terapéutico después del sexto mes de haber iniciado el tratamiento regular, previa firma de un documento de exoneración de responsabilidad en favor del equipo terapéutico.

#### 58.- RIESGO

Exposición inminente al daño, peligro, a estímulos nocivos o a la probabilidad de consumir drogas <sup>4</sup>.

#### 59.- SEGUIMIENTO

Vigilancia sistemática y a largo plazo de los casos y de las entidades mórbidas en la población. Para los casos de adicción, el período de seguimiento es de 10 años o más <sup>2,43</sup>.

### 60.- SIMBIOSIS

Trastorno evolutivo grave en el cual no se ha desarrollado el proceso de individuación y diferenciación psíquica entre dos o más personas de un grupo familiar. Una de ellas sobreprotege en demasía y la otra muestra dependencia extrema hasta convertirse en un ser prácticamente inútil. Ambas no crecen, no desarrollan su personalidad y virtualmente no han "cortado el cordón". Psíquicamente viven como si fueran "siameses" o "pegados"<sup>30</sup>. Es un estancamiento evolutivo primitivo del desarrollo de la personalidad.

### 61.- SINDROME DE ABSTINENCIA

Es un síndrome psicofisiológico específico que se presenta tras la supresión o reducción brusca de una sustancia psicoactiva lícita o ilícita consumida previamente por el usuario de un modo compulsivo, con la finalidad de inducirse un estado psicotóxico placentero.

La sintomatología esencial consiste en el desarrollo de un síndrome específico para cada sustancia psicoactiva que aparece cuando se suspende o se reduce su ingesta tras un consumo regular.

El síndrome varía según la sustancia psicoactiva que el sujeto consume habitualmente. Los síntomas más frecuentes son la ansiedad, la inquietud, el insomnio, la irritabilidad y el deterioro de la atención<sup>1,53</sup>.

### 62.- SINDROME ALCOHOLICO FETAL

Descrito en 1973. Es una embriofetopatía causada por el alcohol que

atraviesa la barrera placentaria de una gestante alcohólica. Se debe a una acción directa del etanol que interfiere la migración celular embrionaria al principio de la gestación. Se diagnostica en recién nacidos. El cuadro clínico se caracteriza por hipotrofia intrauterina; dismorfismo facial; malformaciones corporales diversas sobre todo del esqueleto, corazón y genitales; y trastornos del desarrollo psíquico: retardo mental, hiperexcitabilidad e hipermotilidad. Entre las malformaciones destacan la microcefalia y las cardiopatías. Además hay lentitud en el crecimiento y anomalías faciales tales como hendiduras palpebrales cortas, labio superior hipoplásico y nariz corta. Los niños con síndrome alcohólico fetal son mucho más susceptibles a las enfermedades infecciosas leves y graves debido a un extenso compromiso de su sistema inmunológico. Debido a este riesgo teratogénico, está contraindicado beber alcohol etílico durante el embarazo<sup>14</sup>.

### 63.- SINDROME AMOTIVACIONAL

Caracterizado por carencia de motivación para continuar los estudios, deterioro del rendimiento laboral, desinterés por todo aquello que no esté ligado al rito compulsivo de consumir sustancias. Mayormente, incapacidad para aceptar terapia de rehabilitación prolongada y marcada hipobulia que culmina con el descuido de los más elementales hábitos alimentarios y de aseo personal. El deterioro motivacional afecta, progresivamente, al sistema de valores superiores, luego al sistema volitivo-emocional y finalmente el área instintiva<sup>27,35,37</sup>.



**64.- SIMDROME AMNESICO (Síndrome de Korsakoff)**

Se trata de un síndrome en el cual hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes. La memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender cosas nuevas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognitivas suele estar relativamente bien conservada y los defectos mnésicos son incomparablemente mayores que de los de otras funciones 1,14,53.

**65.- SINDROME DE PSICOPATIZACION**

Sinonimia: conducta antisocial, psicopatía secundaria, rebeldía.

Surge como consecuencia del grave deterioro de los afectos, sentimientos y de la escala de valores superiores; así como de la necesidad de obtener los medios necesarios para financiar el consumo irrefrenable de drogas. Se caracteriza por la rápida y progresiva aparición y acentuación de los siguientes síntomas: manipulación, creencia de omnisciencia, grave e incontrolable conducta antisocial; así como conducta delictiva, insensibilidad social, crueldad, ferocidad y finalmente ruina de la personalidad.

La conducta psicopática es atribuible a los múltiples focos de

isquemia crebral de las áreas corticales prefrontales donde se ha demostrado, por ejemplo, áreas de hipoperfusión cerebral debido a la intoxicación cocaínica. Este síndrome remite con el tratamiento o espontáneamente 33,34,35,37.

**66.- SOBREPOTECCION**

Protección parental desmedida que se suele dar a los hijos. Las figuras paternas o significativas sienten, piensan y actúan por ellos. No les permiten actuar por sí mismos. Les resuelven todas sus dificultades y se sienten insustituibles en su vida 32.

**67.- SOBREPOTECCION FAMILIAR MALIGNA**

Es un trastorno psicopatológico grave del entorno familiar íntimo acerca del cual no se tiene conciencia. Consiste en una desmedida y contumaz protección ejercida irracionalmente por la familia o algunos de sus principales miembros, sobre uno o más integrantes del clan familiar, causando el estancamiento del desarrollo de la personalidad de la víctima, en estadíos tempranos. Este desorden, mayormente tiene un previsible desenlace funesto, sea muerte, secuela de invalidez física, psicosis tóxica crónica, prisión o ruina social. La remisión espontánea ocurre sólo en una escasa proporción de familias con este trastorno evolutivo. Las figuras sobreprotectoras suelen ser los padres, cónyuges, abuelos, hermanos, tíos u otros familiares naturales o sustitutos.

**68.- TOLERANCIA**

Aumento progresivo de la dosis de la sustancia psicoactiva para conse-

guir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas; por ejemplo en el consumo de alcohol y de opiáceos, en los que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente la tolerancia<sup>14,53</sup>.

#### 69.- TRASTORNO PSICOTICO (*Psicosis tóxica*)

Se trata de un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, caracterizado por alucinaciones vívidas (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencias (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses<sup>53</sup>.

#### 70.- USO EXCESIVO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (*Abuso*)

Es más probable que el diagnóstico sea aplicado a aquellos sujetos que han empezado a tomar la sustancia psicoactiva recientemente, incluyendo sustancias tales como cannabis, cocaína, alucinógenos, y cuyo uso se asocia menos frecuentemente con los síntomas fisiológicos claros de la abstinencia y con

la necesidad de tomar la sustancia para aliviar o evitar tales síntomas.

El uso excesivo de sustancias psicoactivas es una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso de sustancias psicoactivas que nunca cumplen los criterios para una dependencia de ese tipo de sustancias en particular. Los modelos desadaptativos de uso se caracterizan por:

1) El uso continuado de la sustancia psicoactiva a pesar que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psíquico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia, o 2) el uso recurrente de la sustancia en situaciones en que éste resulta físicamente arriesgado (por ejemplo, conducir estando intoxicado). El diagnóstico se verifica sólo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o bien han aparecido repetidamente por un período prolongado de tiempo<sup>1</sup>.

También se define el abuso de drogas como el uso de una sustancia sin prescripción médica por alguna de las siguientes razones: efectos psíquicos, dependencia, intento o gesto suicida<sup>48</sup>.

#### 71.- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Registro sistemático de información sobre los fenómenos mórbidos en una población a través del tiempo, con la finalidad de generar la base de datos que posibilite conocer la distribución, desarrollo y comportamiento de las enfermedades en el largo plazo; lo que viabiliza la correcta planeación e implementación de las políticas de salud; para el caso, en el campo de la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones<sup>5,10,17,22,23,51</sup>.

La vigilancia epidemiológica tiene como objetivo decidir o proponer recomendaciones sobre bases objetivas o científicas acerca de las medidas a corto, mediano y largo plazo que sea preciso tomar a fin de controlar o prevenir un problema de salud determinado. Sus componentes son: a) detección del fenó-

meno; b) producción de datos; c) transmisión y notificación de datos; d) procesamiento y presentación de los datos; e) análisis e interpretación epidemiológica; f) distribución de la información y recomendaciones; y g) control del funcionamiento del sistema <sup>46,48</sup>.

### RESUME

Un glossaire des addictions est élaboré, en incluant 71 mots avec le propos de faire une contribution au langage technique et d'usage commun dans le domaine de l'addiction aux drogues. Dans un ordre alphabétique, le glossaire est le produit tant de la littérature comme de notre expérience dans le domaine au Département d'Addiction aux Drogues à l'Institut National de la Santé Mentale "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Des concepts de la chimie, épidémiologie et pharmacodépendance sont compris.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man hat ein Lexicon mit 71 Worten zusammengestellt, die bei Drogensüchtigen täglich benutzte werden. Die Worte sind alphabetisch geordnet und sind das Resultat der Erfahrung (bzw. Literatur) in der Abteilung für Drogensüchtige des National Instituts für Psychiatrie "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Die Worte gehören zu den Chemischen epidemiologischen und sozialen Aspekten der Drogensüchtigen.

### BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Third edition, Revised (DSM III-R), APA, Washington, DC.- 2. ARIF, A. *et al.* (1988): *Fármacodependencia: Metodología para evaluar el tratamiento y la rehabilitación*. OMS, publicación off-set N° 98. Ginebra.- 3. ARÉVALO, 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*. 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 Información 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.- 7. CABELLO, C. *et al.* (1993): *Drogadependientes, Reinserción laboral*. ICARES, (Ed.) Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.- 8. CARBAJAL, C. *et al.* (1980): "Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en Lima (1979). Investigación mediante encuesta usando un cuestionario multifactorial con una muestra probabilística de 2167 viviendas". *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*, 41: 1-38.- 9. CARBAJAL, C. *et al.* (1990): "Linea-

- mientos 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. - 10. CARBAJAL, C. et. al. (1990): "Lineamientos de un programa de prevención de farmacodependencia". 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. - 11. FERRANDO, D. (1990): *Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta en hogares*, Monografía de investigación Nº 5, CEDRO, Lima.- 12. 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, Lima.- 13. FERRANDO, D. et. al. (1993): *Drogas en el Perú Urbano. Estudio Epidemiológico*. Monografía de Investigación Nº 9, CEDRO, Lima.- 14. FREIXA, E. & SOLER-INSA, P. A. (1981): *Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario*, Editorial Fontanella, Barcelona.- 15. HAYASHI, S. et. al. (1985): "Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia (Lima, Perú)". *Anales de Salud Mental*. 1: 206-222.- 16. 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 Nº 1, CEDRO, Lima.- 17. MARIÁTEGUI, J. (1984): "Problemática del alcoholismo en el Perú, una visión en perspectiva". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 47: 1-21.- 18. MINISTERIO DE SALUD (1991): *Plan Nacional de Salud Mental*, Lima.- 19.- MINISTERIO DE SALUD (1992): *Informe comprensivo sobre el uso indebido de Drogas en el Perú: una aproximación integrativa*. Dirección Nacional de Salud Mental, Lima.- 20. MINISTERIO DE SALUD (1992): *Código de Salud. Anteproyecto*, Lima.- 21. MINISTERIO DE SALUD (1993): *Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS)*. Documento de Trabajo; Cajamarca.- 22. MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES (1993): *Anteproyecto Plan Nacional de Control de Drogas 1994-2000*, Lima.- 23. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, CONVENIO HIPÓLITO 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-Ecuador. 24. MINOBE, K. et. al. (1983): Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia. *Anales de Salud Mental*. VI, 1 y 2: 9-20. 25. NAVARRO-CUEVA, R. (1992): *Cocaína. Aspectos clínicos. Tratamiento y rehabilitación*. Ediciones Libro Amigo, Lima.- 26. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1978): "Jerga utilizada por los consumidores de drogas", *Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior*, 39: 175-179.- 27. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1979): "Síndrome de Pasta Básica de Cocaína", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 42: 114-135 y 185-208.- 28. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): "Prevención del consumo de drogas", *Diagnóstico* 16: 17-28.- 29. 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.- 30. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): *Sociedad, Familia y Drogas*. Tomo II. Marsol Perú Editores. Trujillo.- 31. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1988): "Conciencia social y drogas", *Anales de Salud Mental*, 4: 98-118. 32. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1989): *Tratamiento Ecológico de la Dependencia de Drogas*. Imprenta Valdivia, Lima.- 33. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína". *Anales de Salud Mental*. VII, 1 y 2: 1-31.- 34. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas acerca de la dependencia de drogas". *Acta Médica Peruana*. Vol. XV, Nº 1.- 35. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Algunos aspectos clínicos del dependiente de Drogas". *Acta Médica Peruana*. Vol. XV, Nº 3-4.- 36. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): "Problemática de la dependencia de Drogas: un enfoque holístico". *Acta Médica Peruana*. Vol. XVI, Nº 2.- 37. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): "Modelo ecológico de tratamiento de la Adicción". *Anales de Salud Mental*. Vol. VIII, Nº 1 y 2: 27-45.- 38. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1993): "Adicción precoz. El adicto encubierto". *Fronteras de Medicina*. Boehringer Ingelheim, I, 2: 78-92.- 39. 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.- 40. 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.- 41. NIZAMA-VALLADOLID, M. et. al. (1994): "Proyecto de un Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 57: 25-45.- 42. OPS (1988):

*Convenio Hipólito Unanue: Reunión del grupo intersectorial de la sub-región Andina en Farmacodependencia: Informe final.* Caracas.- 43. 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.) OPS, Caracas.- 44. OMS (1988): "Declaración de Alma Ata" en: *Informe de Atención Primaria de Salud.* Conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de setiembre de 1978, OMS, Ginebra.- 45. OMS (1978): *Salud para todos en el año 2000,* Ginebra.- 46. 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.* Lima. Publicación editada en el Marco del convenio Perú - AID. Lima.- 47. PINILLOS, L. et. al. (1993): "El médico y el tabaquismo en el Perú". *Acta Cancerológica* N° 1: 17-21.- 48. SAAVEDRA C., A. (1991): Epidemiología de las drogas en el Perú". Informe dirigido a la

Jefatura del Departamento Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima.- 49. SAAVEDRA C., A. et. al. (1991): "Modelo Biopsicosocial para el afronte de pacientes farmacodependientes". *Anales de Salud Mental*, VII: 47-60.- 50. SAAVEDRA, C., 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.- 51. SÁNCHEZ, E. (1978): "Algunos aspectos epidemiológicos de la dependencia a Pasta Básica de Cocaína". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 41: 77-82.- 52. VERGARA, M. (1991): En: *Informe comprensivo sobre el uso indebido de drogas en el Perú, una aproximación integrativa.* Dirección Nacional de Salud Mental. Lima.- 53. 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.