

EL FENOMENO ADICTIVO

Por MARTIN NIZAMA-VALLADOLID*

RESUMEN

Se formula un enfoque holístico alternativo de las adicciones, correlacionando los componentes ecológico, social, familiar, psíquico, biogénico y farmacológico del fenómeno adictivo, a partir de la definición de la OMS y de una conceptualización ecológica complementaria con un marco etiológico muticausal. Para el efecto, se configura una Pirámide Adictiva conformada, desde la base hasta el vértice, por el entorno ambiental y social, el entorno familiar, la personalidad y la enfermedad adictiva, cuyas proporciones se estiman empíricamente en porcentajes decrecientes. Continúa la descripción sucinta y sistemática de la ecología adictiva, las características del entorno social, los desórdenes psicopatológicos del entorno familiar, la inmadurez profunda de la personalidad premórbida y los aspectos clínico fenomenológicos de las adicciones, seguidos de las fases de evolución del adicto y la caracterización de la adicción como una enfermedad paradójica, mostrando una cosmovisión totalizadora e integrativa del proceso adictivo. Prosigue la conceptualización del tratamiento que comprende los principios terapéuticos, la pirámide terapéutica, el poder familiar, el manejo integral de la enfermedad adictiva y la actitud familiar ante el tratamiento, puntualizándose que la familia constituye el foco principal del tratamiento, mas no el paciente; asimismo, que la intervención terapéutica es médica, integral, interdisciplinaria y a largo plazo, señalándose las probables causas de las recaídas y deserciones, tanto en el entorno familiar como en el paciente, las mismas que también deben ser previstas y controladas. Se concluye con la prevención familiar de las adicciones, sus objetivos, los factores protectores y los factores de riesgo, proponiéndose pautas operativas de intervención.

SUMMARY

It is formulated an alternative holistic approach of addictions, correlating the ecological, familiar, social, psychological, biogenetic and pharmic of addictive

* Médico Psiquiatra, Jefe del Modelo Familiar: Enfoque Ecológico de las Adicciones. Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesor Asociado de los Departamentos Académicos de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

phenomena, from the definition of the World Health Organization and a complementary ecological definition with an etiological several-caused frame. In order to do this, it is configured an Addictive Pyramid built mainly by the social and familiar environment, personality, and addictive illness, which proportions are empirically estimated in decreeing percents. The systematic description of addictive ecology, the social environment characteristics, the psychopathologic disorders of the familiar environment, the lack of mature of a pre-morbid personality and the phenomenological-clinical aspects of addictions, followed by the addict's evolution phases, and the description of the addiction as an ironic illness, showing a totaling and integrative vision of the addictive process. Next, there are the concepts of the treatment that includes the therapeutical pyramid, the family power, the integral handling of the addictive illness and the familiar attitude toward the treatment, emphasizing that the family is the main objective of the therapy, not the patient; therefore, that therapeutical intervention is medical, integral, and multi-disciplinary, and it is projected to long term; signaling the possible causes of the desertions and treatment-failures, as well within the family as the patient, which has to be predicted and controlled. It is finished by saying that the familiar prevention of the additions, its objectives, the protective factors and risk ones, proposing operative intervention steps.

PALABRAS-CLAVE : Ecología adictiva, adicciones, dependencia de drogas, farmacodependencia, drogodependencia.

KEY WORDS : Addictive ecology, addictions, drug dependency, pharmacodependency.

1. INTRODUCCION

En los albores de la era de las megatendencias: *globalización, informática y ecología*, entre otras: el grupo de las adicciones constituye una pandemia de expansión global acelerada, con impacto devastador en la sociedad de la postmodernidad, en la cual tendencias humanas deformadas priorizan estereotipos psi-cosociales patológicos tales como: individualismo, consumismo irracional, *full confort*, hedonismo y comportamiento materialista; causando en grupos sociales crecientes, un profundo vacío espiritual y una perniciosa involución hacia modelos sociales anécticos y autodestructivos.

Asimismo, la pandemia adictiva deviene en un reto motivador para el quehacer médico e interdisciplinario del equipo de salud. Los disímiles enfoques existentes

en relación a la comprensión, prevención y manejo de las adicciones son insuficientes, contradictorios y aún controversiales; no obstante, cada enfoque sirve de marco conceptual para el modelo y el programa preventivo terapéutico que aplica el equipo interdisciplinario de salud en sus intervenciones^{3,5,7,12,18}.

La historia del afronte y manejo de la enfermedad adictiva ha evolucionado por diversos paradigmas y modos de atención: psicoanalítico, biomédico, psicodinámico, conductual cognoscitivo, sistémico, biopsico-social, comunidad terapéutica y ecológico, entre otros.

En la actualidad, son escasas las aproximaciones serias al proceso adictivo que están premunidas de una cosmovisión

comprehensiva e integrativa. Por el contrario, son múltiples los enfoques tradicionales vigentes, basados en prejuicios y en una visualización *punta de aguja*: reduccionista, biologista, científicista y lineal^{3,5}.

Así, los enfoques tradicionales de las adicciones continúan fieles al abordaje principalmente individualista; algunos de ellos con tímidas regateadas o incipientes aproximaciones conceptuales relacionados al entorno familiar y con mucho menor énfasis en el entorno socioambiental.

Las consecuencias de este sesgo en la comprensión integral del fenómeno mórbido, se comprueban en un amplio espectro de indicadores negativos; v. gr.: elevadas tasas de recaídas y deserciones, fracasos terapéuticos, *síndrome de la puerta giratoria* (ingresos y egresos de un internamiento a otro, sin efectividad terapéutica real), morbimortalidad, criminalidad, conducta delictiva, accidentes, secuelas de invalidez, desesperanza familiar, coadicción, adicción familiar múltiple y masificación de las adicciones, así como mengua de la productividad, del rendimiento laboral y/o académico de la población adicta, al igual que un grave deterioro ético moral en el ámbito socioeconómico, cultural y político de la comunidad^{2,6}. A todo esto se adicionan las complicaciones que acarrea la morbilidad psiquiátrica asociada a las dependencias²³.

Por tanto, urge la formulación de afrontes alternativos para el manejo efectivo y eficiente de esta patología psicosocial. Proposiciones dotadas de una cosmovisión totalizadora, de un sólido rigor científico, una profunda actitud innovadora y humanística; que cuanto antes, rescate asistencial al adicto de los actuales abordajes empíricos, clandestinos e informales, a menudo caracterizados por un oscurantismo medieval, actitud antimédica, exacción de la economía familiar, el mercantilismo rentista de anécticos pseudo ex-adictos, la violencia institucionalizada y un mafioso funcionamiento organizacional, que viene acrecen-

tando la desesperanza entre las familias afectadas, respecto a la solución de este grave problema de salud pública^{2,7,12,17, 22}.

Es más, la desidia gubernamental, la escotomización e indiferencia social generalizada, *el agujero negro* de la desinformación que da lugar a actitudes erróneas, mitos, tabúes, prejuicios y principalmente los macrointereses encubiertos yuxtapuestos, propician y sostienen esta compleja y avasalladora enfermedad, aparentemente insoluble^{6,9}.

En la presente aproximación ecológica, se propone un paradigma análogo al fenómeno del *iceberg*, según el cual, la patología adictiva es únicamente la parte visible de una totalidad dinámica, intrincada, profunda y aún insuficientemente conocida a la que denominamos *Fenómeno Adictivo (FA)*.

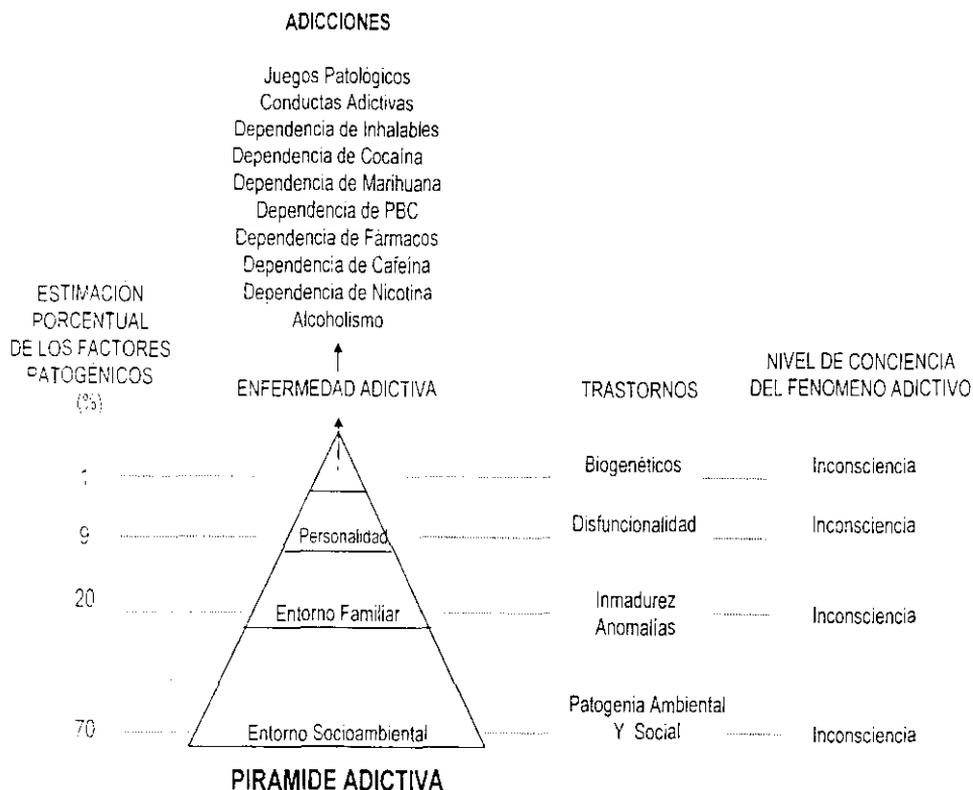
Definición

Se define como FA al proceso mórbido caracterizado por la imperiosa e irrefrenable apetencia hedonística, con tendencia recidivante y de origen principalmente ecológico, a menudo, sostenida por la inadvertida coadicción familiar. Este fenómeno patológico se desarrolla progresivamente en personas con predisposición biogenética y vulnerabilidad psicosocial: Inmadurez profunda de la personalidad, sentimientos de soledad, tristeza, vacío espiritual, desamor, insatisfacción, evasión de la realidad, impulsividad autodestructiva, influenciabilidad amical malsana, exposición repetida y temeraria al riesgo adictógeno.

En este constructo teórico se representa al FA como una figura geométrica, la *Pirámide Adictiva (PA)*, constituida por segmentos de proporción decreciente, estimados porcentualmente con criterio empírico a partir de la base de la pirámide: entorno ambiental y social nocivo, 70%; entorno familiar desajustado o patológico, 20%; personalidad inmadura o trastornada, 9% y evasión adictiva, 1%^{11,12,18}, Figs. 1 y 2.

Figura N° 1

FENOMENO ADICTIVO
(Enfoque Ecológico de las Adicciones)

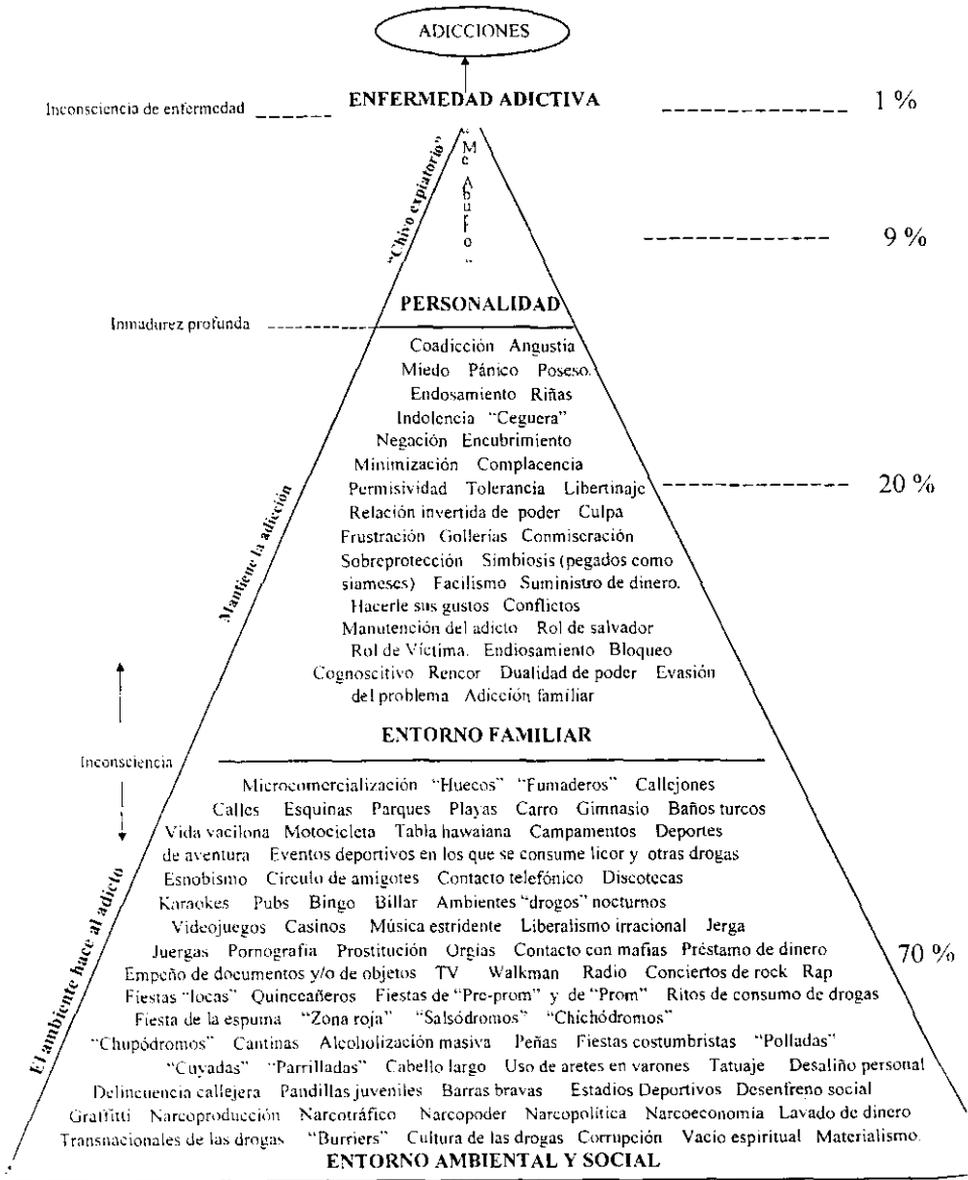


Nizama 99

Fig. N° 1. El Fenómeno Adictivo (FA) aquí es representado por una figura geométrica a la cual se denomina *Pirámide Adictiva* (PA). En base a su experiencia clínica, el autor propone una estimación porcentual empírica acerca de la proporción en que intervendrían los factores patogénicos en la conformación de la PA. La proporción de factores patogénicos propuesta, tendría la siguiente distribución: entorno socioambiental, 70 por ciento; entorno familiar, 20 por ciento; personalidad, 9 por ciento; y enfermedad adictiva, 1 por ciento. Respecto a la secuencia de trastornos mórbidos que se corresponden con cada segmento de la PA, éstos serían como sigue: entorno socioambiental, patogenia ambiental y social; entorno familiar, disfuncionalidad; personalidad, inmadurez profunda y otras anomalías; y, enfermedad adictiva, adicciones. En cuanto a la conciencia del FA, generalmente se observa inconsciencia del mismo en todos los niveles: social, familiar e individual.

Figura N° 2

FENOMENO ADICTIVO



Asimismo, en este paradigma holístico el núcleo familiar previamente sujeto a tratamiento, luego capacitado, adiestrado, concientizado, cabalmente comprometido y con una decidida actitud de cambio, se constituye en la columna vertebral del manejo global de las adicciones. Sin un sólido soporte familiar, el compromiso íntegro, una decidida actitud de cambio ni el pleno ejercicio del poder familiar saludable el tratamiento sucumbe, acaba en el fracaso y en la desesperanza. En consecuencia, el núcleo familiar comprometido es el eje fundamental del tratamiento exitoso a largo plazo¹⁹.

Sin embargo, a menudo se constata que la familia se constituye en el obstáculo insalvable para el éxito terapéutico definitivo. La desinformación, las creencias erróneas, los prejuicios, mitos o tabúes; así como los sentimientos de culpa, la inmadurez y la coadición entre otros trastornos, suelen impedir que la familia desarrolle una cabal conciencia del FA y se comprometa genuinamente con el proceso terapéutico^{18,19}.

El tratamiento previo de la familia, seguido de la desactivación de la PA, constituyen las acciones más efectivas de la intervención en el manejo integral del FA que comprende: prevención, tratamiento, rehabilitación, reeducación y seguimiento¹⁵.

El seguimiento es la etapa más importante de todo programa terapéutico formulado bajo la égida y el rigor del método científico. Consiste en la vigilancia sistemática y prolongada que asegura la preservación de los logros obtenidos y posibilita comprobar los resultados finales¹⁵.

II. ENFERMEDAD ADICTIVA

Respecto a la patología adictiva, en 1956 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como una enfermedad porque presenta las siguientes características:

1. Etiopatogenia, 2. Base biológica, 3. Historia natural, 4. Fenomenología clínica y 5. Manejo médico, integral e interdisciplinario.

1. Definición de la OMS *Síndrome de Dependencia*

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presente tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo, para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se

confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tales como: daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios²⁵.

2. Definición ecológica

La adicción es una enfermedad volitiva, biogenética, recidivante y multicausal que esencialmente se incuba en el entorno socioambiental. En forma involuntaria e inconsciente es mantenida por el entorno

familiar, siendo el dependiente la víctima propiciatoria de una macropatogenia adictógena. Se caracteriza por el siguiente síndrome nuclear: apetencia hedonística irrefrenable, inconsciencia de enfermedad, escasa o nula motivación para el tratamiento, tendencia a la recidiva y coadición familiar^{7,12,18}.

Se propone esta definición alterna integral, como un intento de llenar el vacío de las restringidas definiciones clínicas de la OMS y la DSM-IV, las mismas que escotomizan el entorno familiar, el entorno social y la ecología de las adicciones, cuyo conocimiento viabiliza el manejo eficiente de esta enfermedad volitiva^{1,25}.

III. ETIOLOGIA MULTICAUSAL

Los factores causales de la dependencia de drogas son múltiples^{3,6,7,12,22}:

Causas Variables Más Relevantes

- | | |
|---|---|
| 1. Ambientales | Ecología adictógena: cultivos de hoja de coca, marihuana. Clima, rituales de consumo nocturno. |
| 2. Socioeconómicas, culturales y geopolíticas | Narcoeconomía, narcopolítica, narcomercado, jerga consumo masivo de drogas, hedonismo desenfundado. |
| 3. Familiares | Disfunción familiar: coadición, simbiosis, trastorno de la comunicación espiritualidad enferma. |
| 4. Psíquicas | Inmadurez profunda y otros trastornos de la personalidad, depresión, estrés, tedio |
| 5. Biogenéticas | Neurotransmisores, neuroreceptores, factores enzimáticos, endorfinas. Predisposición genética |
| 6. Farmacológicas | Potencialidad adictiva de cada droga |

IV. PIRAMIDE ADICTIVA

A continuación, se describen sucintamente los componentes de la PA

1. Ecología Adictiva

El ambiente físico que rodea al adicto contribuye en mayor proporción al origen y mantenimiento de las adicciones^{6,12,18}. Veamos a continuación sólo algunos aspectos de esta aún inexplorada área de la psicopatología social:

- *Hogar bar*: excesiva disponibilidad de bebidas alcohólicas en el domicilio.
- *Hogar droga*. Uso del domicilio para consumir drogas: consumidor solitario o con sus amigos, sea en el dormitorio, azotea, cochera, sótano, baño o jardín. Siembra de plantas de marihuana en casa. Ocultamiento de las drogas en lugares inverosímiles.
- *Carro droga*: uso del vehículo para consumir drogas, solo o acompañado.
- *Lugar de expendio de drogas*: "zona roja", "huecos", "fumaderos", "esquina del movimiento", "punto".
- *La hora del vacilón*: hora que comienza el rito de consumir drogas.
- *La amanecida*: trasnochar y retornar a casa al amanecer, luego del consumo
- *Trago para el frío*: ingerir licor con el pretexto del frío.
- *Fiestas psicodélicas*: diversiones juveniles con música estridente y luces multicolores para fumar marihuana.
- *"Batichelas"*: fumar marihuana libando cerveza.
- *PBC de la noche*: rito nocturno de fumar pasta básica de cocaína. "Fumón", "apache", "humo".
- *Campamentos vacilones*: paseo campestre con la finalidad de consumir drogas.
- *Sol "chelas"* (cerveza): asociar el calor del sol con ingesta de cerveza.
- *Playa "huiros"* (marihuana): asociar la playa con el rito de fumar marihuana.
- *"Trago fútbol"*: uso del deporte del fútbol como pretexto para libar licor luego de cada partido.
- *Tabla, "hierba" y "trago"*: usar el deporte de la tabla hawaiana para fumar marihuana y beber licor.
- *Diversión desenfrenada*: discotecas, video pubs, karaokes, conciertos. "salsódromos", "chichódromos" con música estridente.
- *Lugares de recreo pernicioso*: bingos, casinos, billares, peñas, bares, cantinas, "chupódromos", "cocódromos", máquinas tragamonedas.
- *Publicidad indiscriminada* a las drogas legales e ilegales por los medios de comunicación social: televisión, radio, Internet.
- *Ambiente de fumadores*: ceniceros, fósforos, encendedores o cigarreras en hogares, centros laborales, oficinas, lugares públicos, etc.
- *Adictos marginales ("homínidos")*: dependientes que viven como "topos" en covachas de cartón en las riberas de los ríos, debajo de los puentes, en casas y carros abandonados o deambulan continuamente por las calles al margen de su familia.

2. Entorno Social

a) Drogas y Adicciones más frecuentes en el Perú

En orden de prelación, las sustancias psicoactivas de mayor demanda en el mercado nacional de drogas son:

- Alcohol
- Cafeína
- Nicotina
- Fármacos
- PBC
- Marihuana
- Cocaína
- Inhalables.

A partir de los estudios epidemiológicos nacionales, se infiere que en orden de mayor a menor frecuencia, el patrón de prevalencia adictiva en el país es el siguiente^{6,7,20,24}:

1. *A Sustancias Químicas*

- . Alcoholismo
- . Dependencia de cafeína
- . Dependencia de nicotina
- . Dependencia de fármacos
- . Dependencia de PBC
- . Dependencia de marihuana
- . Dependencia de cocaína
- . Dependencia de inhalables.

2. *Conductas Adictivas*

- . Adicción a la televisión
- . Adicción a las telenovelas
- . Adicción a la computadora. Internet
- . Adicción a la música estridente
- . Adicción al trabajo
- . Adicción al dinero
- . Adicción al sexo
- . Adicción al poder
- . Adicción a la comida
- . Adicción a la pornografía
- . Adicción a las fiestas.

3. *Ludopatías (juegos patológicos)*

- . Adicción a los juegos de azar
- . Adicción al billar
- . Adicción a los videojuegos
- . Adicción a las máquinas tragamonedas
- . Adicción a la hípica
- . Adicción a los juegos de apuestas
- . Adicción al fútbol
- . Adicción a la tabla hawaiana.

b) *Macroentorno Socioambiental*

En el FA, el entorno socioambiental global está constituido por las siguientes multivariantes :

- . Corrupción
- . Narcoeracias

- . Narcopoder
- . Narcopolítica
- . Narcoproducción
- . Narcotráfico
- . Narcoeconomía
- . Lavado de dinero
- . Narcomercado
- . Narcoescándalos
- . Consumismo irracional
- . Uso indiscriminado de drogas legales e ilegales
- . Inconsciencia social del fenómeno adictivo
- . Publicidad indiscriminada a las drogas
- . Campañas manipulatorias para legalizar las drogas
- . Paradigmas negativos
- . Cultura de las drogas
- . Mitos
- . Tabúes
- . Prejuicios
- . Creencias equivocadas
- . Actitudes erróneas
- . Frivolidad
- . Vacuidad espiritual
- . Esnobismo.

c) *Mesoentorno Socioambiental*

El entorno socioambiental que circunda al adicto lo constituyen las siguientes multivariantes:

- . Microcomercialización masiva
- . Presión social de consumo
- . Amígoles
- . Estímulos para el consumo
- . Ocasiones de consumo
- . Adicción entre personalidades representativas
- . Invitación al consumo ("contagio")
- . Disponibilidad de dinero
- . Pandillas juveniles
- . Barras bravas
- . Libertinaje
- . Tolerancia social para el consumo

- . Inconsciencia social ("ceguera")
- . Ritos de consumo
- . Replana
- . Estigmatización
- . Emulación negativa
- . Discotecas, Pubs, Bares, Cantinas, Casinos, Bingos, Casas de juego, Hostales
- . Venta callejera de licor
- . Clubs provinciales y sociales
- . Eventos deportivos en los cuales se liba licor
- . Polladas, Parrilladas, Cuyadas, Pachamanca, Truchadas
- . Salsódromos, "Chichódromos".
- . Locales de recreo
- . Música estridente
- . Fumaderos, Callejones
- . Fiestas desenfrenadas ("locas"), "Quinceañeros", Fiestas sociales, estudiantiles costumbristas
- . Hedonismo juvenil y de adultos
- . Juergas, Orgías
- . Alcoholicación masiva.

d) *Mitos, tabúes, prejuicios, creencias irracionales y actitudes erróneas de la sociedad sobre las adicciones*

En el Area de la Prevención

- En Relación a las Drogas

- . "Maldita droga", "la droga es veneno", "laera", tiene "tenebrosas garras"
- . "Las drogas liberan"
- . "La pasta es lo peor", "lo más terrible", "una cochínada"
- . "Alcohol y drogas"
- . "La cerveza es nutritiva"
- . "El café no es droga"
- . "El tabaco no es droga", "Fumar no es dañino"
- . "La marihuana es natural", "sólo es una experiencia", "da cancha"
- . "La cocaína no es dañina".

- En Relación al Consumo Masivo de Drogas

- . "Tomar licor es normal". "Todo el mundo lo hace". "Unas copas no hacen daño"
- . "Fumar relaja"
- . "La marihuana es la primera droga que se prueba"
- . "Todo el mundo se coquea"
- . "La droga se prueba por curiosidad"
- . "Sólo la juventud se droga"
- . "Las mujeres se drogan poco"
- . "Todos pueden caer menos el mío"
- . "A la droga dile no"
- . "La gente pobre consume más drogas".

En el Area de la Dependencia

- . "Se droga porque quiere"
- . "Se droga porque algo tiene adentro"
- . "La drogadicción es una pérdida", "una maldición", "un flagelo"
- . "Es un vicioso", "un drogadicto", "un perdido", "oveja negra"
- . "El drogadicto es un delincuente"
- . "Las malas juntas son la causa de la adicción"
- . "Los padres son los culpables"
- . "Qué va a ser", "no creo", "es leve", "pasajero", "habrá probado nomás".
- . "Todavía no es adicto", "lo hace de vez en cuando", "él se controla"
- . "Qué dirán si se enteran que es drogadicto"
- . "Si se le dice que uno de los suyos se droga, le va chocar". "Se va a traumar". "Le da ataque"
- . "Que vea a los drogadictos en último grado para que se asuste"
- . "Se droga pero adora a sus hijos"
- . "De algo hay que morir"
- . "Ha quemado cerebro".

En el Area del Tratamiento

- . "El drogadicto no tiene cura"
- . "Puede dejar la droga por su voluntad", "todo depende de él", "si se lo propone"
- . "El matrimonio lo aleja de las drogas"
- . "Que trabaje para que deje la droga"
- . "Cambiarlo de ambiente"
- . "Botarlo de la casa para que se enmiende"
- . "Que toque fondo"
- . "El internamiento lo va a curar"
- . "La cura de la desintoxicación"
- . "El tratamiento de la cura de sueño"
- . "En una Casa de Reposo se va a curar"
- . Terapia del "confronte" (castigo físico)
- . "Con el ayahuasca se va a sanar"
- . "La fe cura al adicto"
- . "Se le va a pasar".

e) *Percepción Psicosocial de las Adicciones*

La percepción psicosocial de las adicciones evoluciona a través de las siguientes etapas: a) Encubierta, b) Negación familiar, c) Manifiesta y d) Terminal¹³.

3. Entorno Familiar*Psicopatología Familiar Premórbida*

Durante la etapa premórbida los miembros de la familia frecuentemente presentan:

- . Inmadurez profunda
- . Inconsciencia de inmadurez
- . Encubrimiento
- . Mendacidad
- . Manipulación
- . Escasa capacidad de amar
- . Dependencia

- . Simbiosis
- . Irresponsabilidad
- . Escasa capacidad de compromiso
- . Resistencia al cambio
- . Rol de salvador
- . Rol de víctima
- . Autoritarismo
- . Ausencia de autoridad
- . Insensibilidad
- . Desidia.

Evolución Psicopatológica de la Familia Durante la Adicción

Comúnmente, la evolución psicopatológica de la familia del adicto cursa a través de las siguientes etapas: 1) Ciega, 2) Negación, 3) Crisis emocional, 4) Endosamiento, 5) Bloqueo cognoscitivo, 6) Aceptación de la enfermedad y 7) Desenlace terminal, cuyas vías finales comunes son: desorganización, home-ostasis patológica, remisión espontánea o desintegración*.

Síndromes del Entorno Familiar

El entorno familiar del adicto presenta los siguientes síndromes:

- . Negación
- . Poseso (mentalmente poseído por el adicto)
- . Inversión de la relación de poder: poder manipulador del adicto
- . Coadicción
- . Inconsciencia de enfermedad
- . Oposicionismo
- . Adicción familiar múltiple.

Psicopatología Familiar Reactiva

La familia del adicto, mayormente, presenta las siguientes manifestaciones clínicas:

Actitud

- . "Ceguera" (no estar enterados de la adicción)
- . Minimización

- . Evasión
- . Soberbia
- . Punición
- . Necesidad
- . Censura
- . Utilización
- . Permisividad
- . Complacencia
- . Tolerancia
- . Conformismo
- . Sometimiento
- . Endosamiento
- . Hostilidad
- . Egotría
- . Desconfianza
- . Descalificación
- . Marginación
- . Hipocresía
- . Materialismo
- . Hedonismo
- . Doblez
- . Irresponsabilidad.

Emociones

- . Angustia
- . Miedo
- . Pánico
- . Cólera
- . Tristeza.

Sentimientos

- . Culpa
- . Compasión
- . Frustración
- . Depresión
- . Injusticia
- . Desesperanza
- . Indolencia
- . Impotencia
- . Hipersensibilidad
- . Endosamiento
- . Vergüenza
- . Estigmatización
- . Deseo de abandono
- . Rencor
- . Venganza
- . Abominación
- . Deseo de muerte.

Conductas

- . Sobreprotección
- . Encubrimiento
- . Manipulación
- . Seducción
- . Simulación
- . Chantaje
- . Soborno
- . Mendacidad
- . Mutismo
- . Derroche
- . Alianzas excluyentes
- . Emulación negativa
- . Histrionismo
- . Antagonismos irreconciliables
- . Intrigas
- . Deslealtad
- . Rebeldía
- . Desafío
- . Rechazo.

Violencia Intrafamiliar

- . Insultos
- . Lenguaje procaz
- . Vociferaciones
- . Amenazas verbales
- . Actitudes amenazantes
- . Provocaciones
- . Riñas (peleas)
- . Crisis de ira
- . Agresión física corporal: puñetes, empujones o patadas.
- . Amenazas con objetos contundentes
- . Ataques con objetos contundentes
- . Amenaza con objeto punzocortante
- . Ataques con objetos punzocortantes
- . Amenazas con arma de fuego
- . Ataques con arma de fuego
- . Violentar puertas y ventanas
- . Expulsión del hogar
- . Fugas
- . Destructividad
- . Tendencia homicida

Cognición

- . Racionalización
- . Mitos, tabúes, prejuicios y creencias erróneas
- . Bloqueo cognoscitivo
- . Desorientación
- . Fantasías tanáticas.

Creencias Irracionales

- . Es vicio
- . Cura mágica
- . Cura milagrosa
- . Cura breve
- . Cura fácil
- . Cura por la fe
- . Cura por la medicina tradicional
- . Cura por brujería
- . Cura por desintoxicación
- . Cura farmacológica
- . Cura de sueño
- . Cura por endosamiento
- . Cura por encargo
- . Cura por encierro
- . Cura por la fuerza de voluntad
- . Cura por castigo físico ("confronte")
- . Cura por persuasión
- . Cura por cambio de ambiente
- . Cura por amor
- . Cura por el trabajo
- . Cura por matrimonio
- . Que toque fondo
- . Incurabilidad.

*Coadicción**Sinonimia: Codependencia*

Es el mantenimiento, sostenimiento o apoyo inconsciente e involuntario de la conducta adictiva por parte de uno o más familiares, quienes suelen cometer los siguientes errores en relación al adicto¹⁶:

- . Suministro indiscriminado de dinero
- . Cancelarle sus deudas
- . Tolerancia del libertinaje
- . Exceso de confianza en él
- . Liberarlo de responsabilidades
- . Tolerarle contacto con amigos
- . Permitirle salidas nocturnas frecuentes
- . Endosamiento: darle la razón en todo,

creerlo un ser especial, intocable y sabihondo

- . Endosamiento: procurar liberarse de él debido a una actitud evasiva
- . Encubrimiento: ocultar deliberadamente sus inconductas y fechorías
- . Complacencia, permisividad, tolerancia: gollerías, hacerle sus gustos
- . Sentimiento de culpa: injustificadamente sentirse causante de la adicción
- . Rol de salvador: sentirse salvador de él
- . "Ceguera": no estar enterado del consumo. Ignorar sus andanzas
- . Negación: hacerse de la "vista gorda". No aceptar el consumo. Minimizarlo
- . Ceder el poder al enfermo: "él tiene que saber"; "tengo que decirle la verdad"
- . Actuar como posesos
- . Sobreprotección: sentir, pensar y actuar por él, invalidándolo
- . Exceso de credibilidad
- . Exceso de confianza
- . Ceder a sus manipulaciones
- . Creerlo omnisciente: dueño de todas las verdades, genio o "muy hábil"
- . Creerlo omnipotente: todo poderoso, que todo lo puede
- . Permitirle jaranas o juergas dentro o fuera del domicilio con sus amigos
- . Carencia de autoridad. Carácter débil; ausencia de firmeza: "mano blanda"
- . Ejemplo negativo de los padres: consumo de alcohol, de cigarrillos, jugadores, automedicación
- . Ambiente conflictivo en el hogar: peleas frecuentes, intrigas, manipulación
- . Miedo al adicto
- . Tolerar las interferencias negativas de otros familiares o de personas ajenas
- . Doble actitud de los padres y otros familiares en relación al tratamiento
- . Hastío y darse por vencidos, cansancio, aburrimiento, "tirar la toalla"
- . Actitud comodona
- . Evasión del problema adictivo
- . Indolencia: no sentir nada por el enfermo;

- . indiferencia ante el consumo
- . Someterse al dominio del enfermo
- . Permitirle chantajes
- . Compasión: tenerle lástima, pena, compasión
- . Premiación de sus conductas abusivas, inadecuadas o malsanas
- . Facilismo: solucionarle todo.
- . Aceptar el consumo de alcohol, nicotina y la automedicación en el hogar
- . Actitud irresponsable: "allá él".

4. Inmadurez Profunda de la Personalidad

La personalidad premórbida del adicto mayormente presenta las siguientes características^{7,10}:

Actitud

- . Evasión
- . Encubrimiento
- . Soberbia
- . Ostentación
- . Hipercrítica
- . Deslealtad
- . Frivolidad
- . Materialismo.

Emociones

- . Impulsividad
- . Escaso autocontrol
- . Hedonismo
- . Inseguridad
- . Ansiedad
- . Vehemencia
- . Escasa tolerancia a la frustración
- . Regresión
- . Hipersensibilidad
- . Subjetivismo.

Sentimientos

- . Egoatría
- . Minusvalía
- . Insatisfacción consigo mismo y con los demás

- . Ingratitud
- . Escasa capacidad de empatía
- . Escasa capacidad para compartir afecto
- . Escasa capacidad de amar
- . Vacuidad
- . Hastío.

Conducta

- . Oralidad
- . Puerilidad
- . Necesidad
- . Volubilidad
- . Irresponsabilidad
- . Facilismo
- . Comodón
- . Demandante
- . Emulación negativa
- . Mendacidad
- . Manipulación
- . Simulación
- . Seducción
- . Doblez
- . Histrionismo
- . Impredecibilidad
- . Inadaptabilidad social.

Cognición

- . Pensamiento fantasioso
- . Fabulación
- . Sugestionabilidad
- . Influenciabilidad
- . Creencia de omnisciencia
- . Creencia de omnipotencia
- . Escasa capacidad de autocrítica
- . Distraibilidad
- . Imprevisión
- . Escasa capacidad de beneficiarse de la experiencia
- . Ausencia de proyecto de vida y de metas definidas
- . Inconsciencia de inmadurez.

Los rasgos de la personalidad inmadura se intensifican durante el proceso adictivo y adquieren carácter de grave trastorno conductual.

5. Adicciones

Seguidamente se describen los aspectos sustantivos de la enfermedad adictiva.

Historia Natural de las Adicciones

La historia natural de las adicciones cursa progresivamente a través de las siguientes etapas^{8,16}:

- 1) Experimental
- 2) Habituaación
- 3) Adicción
 - 3.1 Dependencia biológica
 - 3.2 Psicopatización
 - 3.3 Psicosis tóxica
 - 3.4 Deterioro somático
- 4) Desenlace terminal
 - 4.1 Anomia social
 - 4.2 Hominización
 - 4.3 Remisión espontánea
 - 4.4 Occisión.

Síndromes de la Adicción

La adicción cursa a través de los siguientes síndromes^{8,10,11,21}:

- . Dependencia
- . Abstinencia
- . Tolerancia
- . Intoxicación aguda
- . Intoxicación crónica
- . Inconsciencia de enfermedad
- . Amotivacional
- . Sicopatización
- . Deterioro somático
- . Psicosis tóxica
- . Ruina de la personalidad
- . Hominización.

Síntomas y Signos más frecuentes en la Adicción

Actitud

- . Soberbia
- . Omnisciencia

- . Omnipotencia
- . Autoendiosamiento
- . Encubrimiento del consumo
- . Negación
- . Rebeldía
- . Evasión.

Emociones

- . Irritabilidad
- . Inquietud
- . Ansiedad
- . Disforia.

Sentimientos

- . Baja autoestima
- . Desafecto familiar
- . Sobreidentificación con los amigos
- . Depresión
- . Culpa
- . Autodesprecio
- . Degradación anética.

Conductas

- . Verborrea
- . Desobediencia
- . Mendacidad
- . Manipulación
- . Irresponsabilidad
- . Cinismo
- . Exigencia de dinero
- . Derroche de dinero
- . Empeño de objetos
- . Préstamo de dinero
- . Sustracción de objetos del hogar
- . Hurto de dinero
- . Autofinanciamiento
- . Hurto laboral
- . Actos delictivos
- . Desapariciones
- . Fugas
- . Doble vida
- . Vivir de noche y dormir de día
- . Autoencierro
- . Violación sexual
- . Experiencias homosexuales
- . Promiscuidad.

Violencia

- . Agresividad verbal
- . Agresividad física
- . Explosividad
- . Tendencia suicida
- . Tendencia homicida
- . Incesto.

Cognición

- . Ideas suicidas
- . Ideación paranoide
- . Pérdida de valores y principios
- . Ideas de minusvalía
- . Sobrevaloración compensatoria
- . Mengua de la memoria reciente
- . Déficit de la atención
- . Suspiciacia.

Vegetativos

- . Inapetencia
- . Disminución de la libido
- . Incremento de la libido
- . Disminución del sueño.

Somáticos

- . Adelgazamiento
- . Palidez
- . Congestión conjuntival
- . Trastornos digestivos.

Esta descripción fenomenológica no considera las manifestaciones clínicas de las entidades nosológicas de la morbilidad psiquiátrica asociada^{20,23}.

Figura N° 3

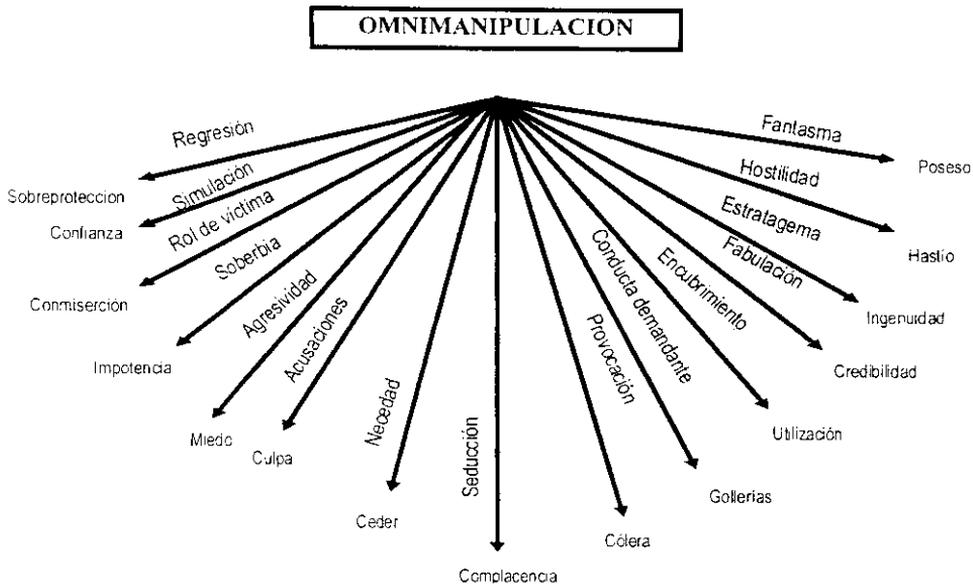
PODERMANIPULATORIO DEL ADICTO

Fig. N° 3. Poder manipulatorio del adicto. Cual eximio titiritero, a través de sus "hilos invisibles" el adicto induce en cada uno de los miembros de su grupo familiar la reacción emocional, sentimental, actitudinal o conductual que él desea lograr para su exclusivo beneficio personal. V.gr.: adopta comportamiento infantil (regresión) cuando desea obtener sobrepotección de parte de algún miembro de su entorno familiar; seduce, si su propósito es lograr complacencia. El conoce con exactitud la vulnerabilidad ("punto débil") de cada uno de los suyos; y, según este conocimiento los manipula sin consideración alguna. Esta es la denominada relación invertida del poder familiar, por la cual el enfermo virtualmente se apodera de su familia, usándola en beneficio propio y en desmedro de los suyos.

V. FASES DE EVOLUCION DE LA ADICCION

Enmascaramiento

- . Encubrimiento de la conducta adictiva: solapamiento
- . Simulación de un comportamiento adecuado
- . Manejo de dinero sin el debido control familiar
- . Creencia de ser muy listo: se cree muy "vivo"
- . Asistencia irrefrenable a fiestas los fines de semana
- . Lenguaje trabado, a veces: "lengua de trapo".

Leve

- . Aburrimento: "me aburro". "me aburro"
- . Irritabilidad
- . Mendacidad: mentiras frecuentes
- . Cambio de horarios habituales
- . Fanatismo por la música estridente
- . Delación de adictos encubiertos
- . Crítica a los adictos visibles
- . Seducción
- . Adulación
- . Libertinaje
- . Contacto con amigos desconocidos
- . Desaparición de dinero
- . Gastos injustificados
- . Ingesta excesiva de licor.

Moderada

- . Agresividad
- . Conflictos familiares frecuentes
- . Ausentismos injustificados
- . Desaparición de objetos del hogar
- . Soberbia
- . Ostentación
- . Prepotencia
- . Detección por la familia: se le encuentra señales directas, señales indirectas o indicios
- . Doble vida
- . Exceso de fiestas: "fanatismo por los bailes"
- . Recreaciones exageradas: "vida vacilona"

Jugador: bingo, billar, casino, videojuego, hípica.

Avanzada

- . Manipulación
- . Cinismo
- . Rol de víctima: "pobrecito yo"
- . Irascibilidad
- . Intolerancia
- . Derroche: gastar sin medida
- . Exigencia de dinero de manera desmedida
- . Juergas y trasnochadas semanales
- . Sustracción de objetos del hogar: "chocar con la casa"
- . Conducta delictiva: "arrebatarse", "cuadrarse", "cerrarse"
- . Frecuentes problemas policiales y/o judiciales
- . Pertenencia a grupos de amigotes con quienes sí dialoga entusiastamente
- . Incondicionalidad con sus amigotes a los que defiende apasionadamente: "ellos me comprenden", "son onda muestra"
- . Apartamiento de su grupo familiar: "desapego"
- . Desaliño personal: desarreglo personal, mal aspecto
- . Vive de noche y duerme de día: "vampiro", "lechuza", "zancudo que chupa y vuela".

Grave

- . Violencia: endemoniado, agresividad verbal o física
- . Explosividad: "fosforito", "pólvora"
- . Destructividad: ruptura violenta de objetos
- . Insensibilidad: ausencia de sentimientos y valores
- . Criminalidad: ponen en riesgo la vida de otros con intencionalidad
- . Vida callejera: vagancia, "aplana calles"
- . Mendicidad: usar la caridad pública para continuar drogándose
- . Consumo diario: "agarrado por la droga", "esclavo"

- Psicosis tóxica: "tostao", "está demás", "crazy".

Terminal

- Derrumbe de la personalidad: ruina, "basura"
- Emaciación corporal: adelgazamiento severo. "Hueso y pellejo"
- Abandono de sí mismo: "soledad sola", "capilla sin cura"
- Hominización: "carroña", "guiñapo", "despojo humano", "zombi", "podrido"
- Muerte por: sobredosis, accidente, suicidio, homicidio o por enfermedades infectocontagiosas, como TBC pulmonar o SIDA.

VI. LA ADICCION: UNA ENFERMEDAD PARADOJICA

La adicción es una enfermedad paradójica porque el adicto, su familia y su entorno social presentan las siguientes características contradictorias:

a) El Adicto

- *Está enfermo y se siente la persona más saludable.*
A menudo manifiesta: "yo estoy sano: ustedes están mal": "no se metan conmigo".
- *Es un enfermo de la voluntad y se siente dueño de su decisión y libre albedrío.*
Con soberbia afirma: "yo domino la droga"; "la puedo dejar cuando quiera"; "tengo fuerza de voluntad"; "soy dueño de mí mismo"; "todo depende de mí y nada más".
- *Es un esclavo de las drogas y se siente la persona más libre.*
A menudo dice: "es mi libertad"; "yo mismo soy"; "déjenme vivir mi vida"; "ustedes no saben vivir la vida"; "me aburro"; "la droga libera"; "yo no soy un alcohólico".

- *Es un enfermo crónico y cree que su adicción es sólo un vicio pasajero.*

Refiere: "el licor no es droga"; "la coca no hace daño"; "la nicotina relaja"; "la marihuana es benigna"; "yo sé controlarme"; "me gusta el vicio, y ¡qué!"; "todo el mundo lo hace"; "es el esclavo feliz".

- *Se droga con los amigos y encubre su conducta autodestructiva a la familia o la niega cínicamente. La familia está "ciega"; cree que todo va bien o es indiferente. El adicto encubierto expresa: "¡cómo se pueden envenenar con eso!"; "la droga mata neuronas"; "yo no lo haría"; "¡ése es un adicto!"; "nunca voy a llegar a ese extremo".*

- *Después de una juerga o tras una recaída siempre promete que es la última vez.*

Repite: "juro que es la última vez"; "me he prometido que nunca más tomaré licor".

- *Es histriónico, miente, manipula, simula, seduce y utiliza deslealmente la confianza de los suyos exigiéndoles sinceramiento, confianza, credibilidad e incondicionalidad.*

Con soltura demanda: "no me comprenden"; "confián en mí"; "¿por qué dudan?"; "¡créanme!"; "todo lo hacen tragedia"; "son unos escandalosos"; "denme una oportunidad".

- *Se justifica a sí mismo afirmando que él solamente hace daño a su cuerpo; sin embargo, impacta y enferma a su familia destruyéndola progresivamente.*

Afirma: "es mi cuerpo"; "yo soy el que se droga"; "a ustedes no les hago daño"; "es mi vida"; "adoro

a mis hijos”; “tomo con mi plata, yo trabajo”; “en mi casa no falta nada”.

- *Necesita tratamiento médico y lo rechaza enérgicamente, lo evade, lo boicotea, simula aceptarlo o deserta cuanto antes.*

Frecuentemente manifiesta: “yo no voy al médico”; “no necesito tratamiento”; “las pastillas me hacen daño”; “me van a volver loco”; “me van a acomplejar”; “el tratamiento es muy duro”; “por gusto gastan plata”; “mejor dénme el dinero a mí”; “me voy a poner peor”.

- *Es profundamente inmaduro e irresponsable y se considera la persona más madura.*

Con autosuficiencia afirma: “yo sé lo que hago”; “soy responsable de mis actos”.

b) La Familia

- *La familia sufre los abusos y la violencia del adicto; sin embargo lo oculta, lo minimiza, lo justifica, procura endosarlo a terceras personas o se compadece de él.*

Los familiares manifiestan: “¡intérmenlo!”; “métenlo al ejército, ahí va a dejar la droga”; “que se vaya de viaje”; “¡que se case!”; “¡bótenlo!”; “pobrecito”; “me ha prometido dejarla”. “él dice que ya va a dejar la droga”; “él dice...; él dice...; él dice...”.

- *El paciente pertenece a su familia, convive con ella, es impactada por la conducta destructiva del enfermo y es su responsabilidad ayudarlo; sin embargo, los familiares creen que el médico es el único que debe curarlo y ellos se sienten ajenos al tratamiento.* La familia expresa: “háblele doc-

tor; a usted le hace caso”; “déle pastillas”; “desintoxíquelo”.

- *El paciente tiene curación definitiva y la familia lo cree incurable.*

Con desesperanza refieren: “ése ya no tiene cura”; “que se pudra”; “es gastar plata en vano”; “es la oveja negra de la familia”; “ya nada se puede hacer”; “ojalá se muera pronto”.

- *La familia también está enferma y se cree muy sana. Piensa que sólo él es el enfermo.*

La familia a menudo dice: “él es el enfermo”; “nosotros no tenemos nada que ver”.

- *El ambiente hace al adicto y su familia mantiene la adicción; mas, ella cree que él usa drogas voluntariamente y puede salir fácilmente de la adicción si él se lo propone.*

Afirman: “se droga porque quiere”; “si él no desea curarse ¿qué podemos hacer?”; “que se pierda”; “todo depende de él”; “allá él”; “yo ya me cansé; que él vea”.

c) El Entorno Social

- *Los narcoproductores, narcotraficantes, microcomercializadores, contactos y amigotes son parte de la cadena adictiva que destruye al usuario de drogas; mas éste los encubre y defiende ardorosamente, sobrevalorándolos por sobre su familia.*

El adicto dice: “mis amigos me comprenden. Mi familia no; son onda retro; aburridos”.

- *En el ambiente “drogo” existe un “cordón umbilical” y una sólida “alianza psicopática” entre los que ofertan las drogas y los que la consumen.*

El adicto expresa: "el vicio hace al círculo y el círculo hace al vicio"; "somos onda mostra"; "son mis amigos de andanzas"; "me comprenden"; "vivimos el momento y punto".

- *En el ambiente de las drogas existe corrupción, violencia, criminalidad y delincuencia; sin embargo, ahí el adicto se siente como "pez en el agua".*

El lo describe como "un ambiente vacilón" y dice: "te sientes lo máximo"; "ya no ya".

- *La enfermedad adictiva se extiende aceleradamente en la sociedad; sin embargo, hay "ceguera" social. Se le considera como un tabú o es estigmatizada.*

Comúnmente la gente oculta la adicción; no quiere darse cuenta; cree que es un "flagelo maldito"; "una perdición" o que "ha caído en las garras de las drogas"; "es un vicioso".

- *Autoridades, comunidad y familia deberían proteger a la población contra el mercado de drogas; sin embargo evaden el problema, se muestran insensibles o repudian al adicto, quien es el "chivo expiatorio" del protervo, lucrativo e insaciable narconegocio.*

La gente dice: "ése es un drogadicto"; "coquero"; "fumón"; "puro humo"; "marihuanero".

VII. TRATAMIENTO

El abordaje terapéuticos ecológico de las adicciones es familiar, médico, interdisciplinario, integral, multimodal, humanístico y de largo plazo.^{2,7,12,14} A continuación se presentan sus lineamientos y procedimientos generales.

a) Principios Terapéuticos

1. La adicción es una enfermedad de la voluntad con tendencia recidivante. No es un vicio pasajero ni un simple vacilón.
2. El adicto, mayormente carece de conciencia de enfermedad. Generalmente rehusa el tratamiento.
3. El adicto es un enfermo paradójico. Un enfermo que no se siente enfermo.
4. El adicto es una persona inmadura. Es incapaz de: cuidarse, conducirse, valerse, valorarse y de proyectarse por sí mismo.
5. Todo adicto es un enfermo recuperable, si la familia se compromete seriamente con el programa terapéutico.
6. La adicción es una enfermedad familiar. El tratamiento también es familiar.
7. El manejo médico de la comorbilidad psiquiátrica es parte del manejo integral del caso.
8. Las primeras acciones efectivas de la familia son: cesar el poder destructivo del adicto y asumir el poder familiar, cesar la coadicción, sanear el ambiente del hogar, abandonar la actitud de endosamiento, la sobreprotección y la indiferencia.
9. La comunicación transparente es la base de una vida familiar saludable.
10. La unidad familiar es la columna vertebral del éxito terapéutico.
11. La paciente actitud de la familia posibilita aceptar que el tratamiento y la reeducación son procesos lentos y progresivos.

12. Restablecer la espiritualidad enferma: la fe, el amor, la esperanza, el coraje y una sólida decisión fortalecen a la familia, facilitando el éxito terapéutico definitivo.
13. Reeducar es mucho más importante que desintoxicar y curar. Reeducar es madurar la personalidad

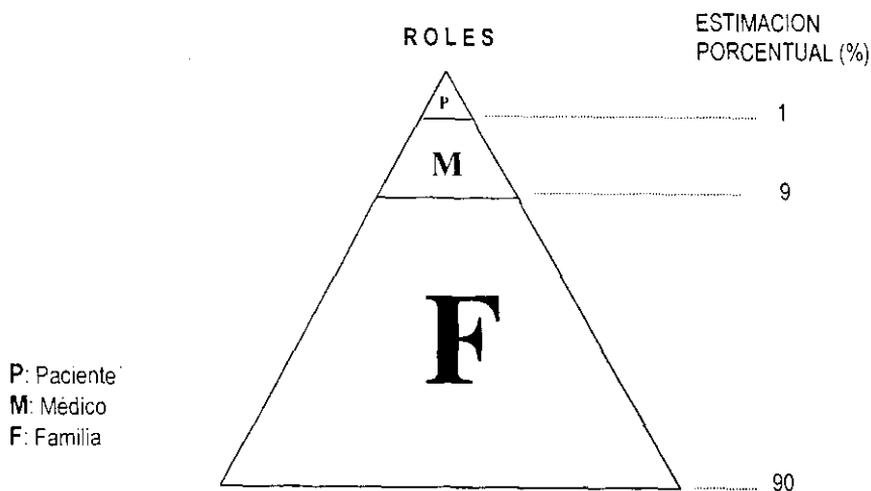
del individuo y lograr un entorno familiar y social saludable.

b) Pirámide Terapéutica

En el Modelo Familiar, el rol de la familia durante el tratamiento es como se indica en la Pirámide Terapéutica Fig.4.

Figura N° 4

PIRAMIDE TERAPEUTICA



LA FAMILIA ES LA BASE DEL TRATAMIENTO

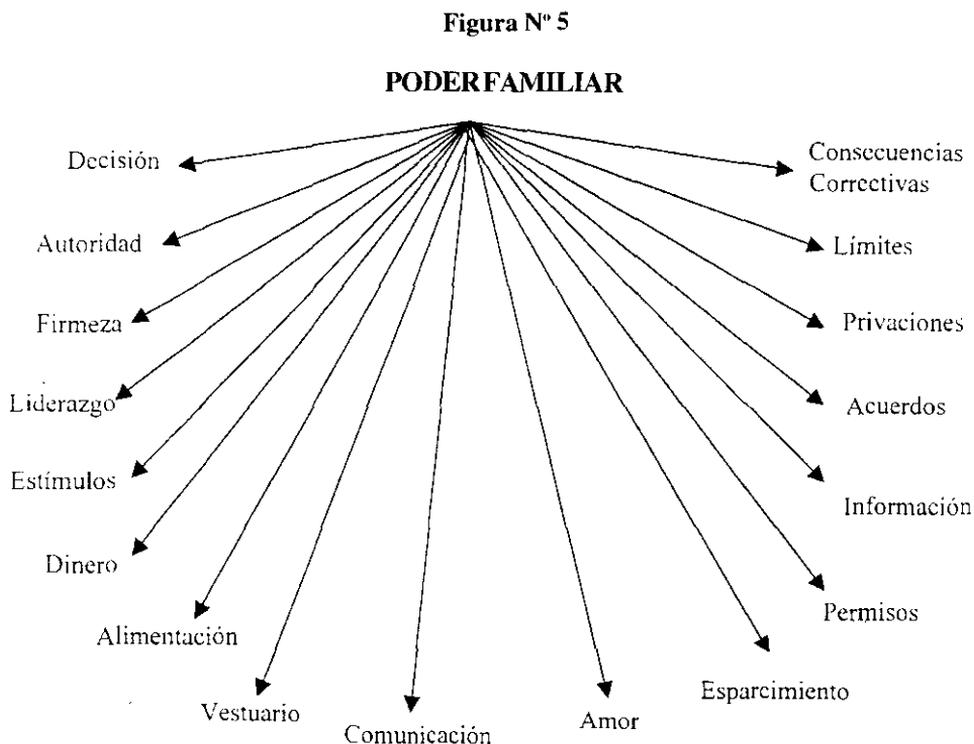
Nizama 99

Fig. N° 4. La Pirámide Terapéutica, representa el rol de la familia en el manejo terapéutico del adicto. La experiencia clínica permite estimar empíricamente que a la familia le correspondería una proporción del 90 por ciento; al médico tratante y al equipo terapéutico que él conduce, 9 por ciento; y, al paciente únicamente un tardío 1 por ciento, dada su demora en desarrollar conciencia de enfermedad, la misma que se presenta entre el segundo y tercer año de abstinencia total.

c) Poder Familiar

Luego de recibir un tratamiento adecuado, la familia es adiestrada para cesar el poder manipulatorio destructivo del adicto y asumir el poder familiar, que consiste en

ejercer dominio y manejo firme de la crisis familiar y sus secuelas, haciendo prevalecer el orden, los roles y el respeto entre los miembros del núcleo familiar. Fig. 5



LA FAMILIA SALUDABLE ES LA BASE DEL EXITO TERAPEUTICO

Figura N°5. Poder Familiar. Los familiares comprometidos, responsables del tratamiento, asumen el manejo firme del funcionamiento correctivo. Proceden con sensatez y actúan con decisión, autoridad y liderazgo consistente. Administran racionalmente los estímulos, el dinero, el vestuario, los permisos, etc., y aplican de inmediato las consecuencias correctivas (sanciones) a los trasgresores.

d) Manejo Integral de la Enfermedad Adictiva

1. Preparación Familiar

Tratamiento, capacitación y adiestramiento familiar intensivo, tras lo cual se aprende a manejar al enfermo en forma positiva y eficiente, procediendo con estrategia, pres-teza y habilidad.

Objetivo: lograr que la familia asuma plenamente el *poder familiar* y adopte una decidida e irreductible *actitud de cambio* permanente, sin ataduras ni retrocesos.

2. Saneamiento Ambiental

Limpieza de los ambientes donde el enfermo permanece la mayor parte de su tiempo, desapareciendo todo aquello que estimule o propicie su conducta adictiva. V. gr.: televisión, radio y demás equipos de sonido; así como ceniceros, cigarreras, bar, etc.

Objetivo: crear un ambiente físico saludable que posibilite el encuentro del paciente consigo mismo, la paz espiritual y lo induzca a la reflexión profunda.

3. Manejo de la Coadicción

Supresión de los mitos, tabúes, prejuicios, creencias, sentimientos de culpa y hábitos familiares nocivos que mantienen la conducta adictiva en el seno familiar, sustituyéndolos por hábitos, patrones de comportamiento y estilos de vida saludables.

Objetivo: romper el "cordón umbilical" familiar que alimenta (sostiene) la adicción.

4. Tratamiento

Cesación del uso de drogas, desintoxicación natural y remi-

sión: del síndrome de abstinencia, de la adicción, del síndrome amotivacional, de la psicopatización, psicosis e inconsciencia de enfermedad; igualmente manejo de los trastornos de personalidad y desórdenes psiquiátricos asociados. Este quehacer es exclusivamente médico por corresponder al área biológica, clínica y farmacológica de la medicina. El manejo conducido por empíricos o pseudo terapeutas no tiene ninguna probabilidad de éxito definitivo.

Objetivo: erradicar toda forma de conducta adictiva en el núcleo familiar.

5. Rehabilitación

Reinserción progresiva del paciente, primero a su entorno familiar, luego al entorno social y a sus quehaceres académicos, laborales, cívicos, etc. con protección familiar.

Objetivo: restablecer plenamente la actividad productiva, familiar y social del paciente integrándolo a sus actividades adaptativas acostumbradas.

6. Reeducción

Aprendizaje de nuevos hábitos, patrones de conducta y estilos de vida saludables, estimulando el desarrollo de la madurez individual y una sólida organización familiar.

Objetivo: lograr la madurez plena del paciente y una familia saludable.

7. Seguimiento

Vigilancia prolongada del paciente mediante el control médico sistemático regular.

Objetivo: asegurar la preservación de la recuperación plena del paciente.

8. *Alta*

Fin de la intervención terapéutica, luego de la recuperación total y definitiva del paciente y su familia.

Objetivo: acreditar la autonomía, autovalimiento y autoprotección de la persona recuperada, proyectándola hacia metas superiores y a una autorrealización plena.

- | | | |
|----|--|----|
| 2 | Lo obstruye, boicotea o deserta y lo hace fracasar | 30 |
| 3. | Se compromete con el tratamiento hasta el éxito definitivo | 5 |

Aproximadamente dos tercios (65%) de las familias de los adictos rechazan, evaden o no buscan ayuda terapéutica. Esta actitud familiar contrasta con aquellos que sí se comprometen cabalmente con el tratamiento hasta el éxito definitivo (5%). Siendo por otra parte significativo el porcentaje (30%) de familias que obstruyen, boicotean o desertan haciendo fracasar el tratamiento.

e) **Actitud Familiar ante el Tratamiento**

Actitud Familiar	<i>Estimación Porc.</i> (%)
1. Lo rechaza. Lo evade. Tiene miedo.No lo busca	65

VII. TRATAMIENTO GLOBAL DE LAS ADICCIONES

FASES	TIEMPO	PROCEDIMIENTOS	RESPONSABLES	OBJETIVOS	(%)
I. Preparación y tratamiento familiar	1 a 3 meses	Capacitación y terapia familiar	Equipo terapéutico	Poder familiar	15
II. Saneamiento ecológico del hogar	1 sem. a 1 mes	Supresión de NEAS*	Familia	Hogar saneado	5
III. Cesación de las conductas adictivas	De inmediato	Internamiento	Psiquiatra	Supresión	1
IV. Desintoxicación**	1 a 3 meses	Internamiento	Psiquiatra	Abstinencia	2
V. Desadicción (Deshabitación)	6 meses a 1 año	Internamiento	Psiquiatra	Remisión	2
VI. Rehabilitación	1 a 1 ½ años	Hogar clínica	Psiquiatra /Familia	Reinserción	5
VII. Reeducación	2 años	Escuela de familia	Familia / Psiquiatra	Familia saludable	10
VIII. Espiritualización	1 a 3 años	Interiorización profunda	Familia / Psiquiatra	Ética y moral	30
IX. Competitividad	1 a 5 años	Calificación académica	Paciente/Familia	Eficiencia	5
X. Productividad	1 ½ a 3 años	Entrenamiento, habilidad y destreza	Paciente	Calidad productiva	5
XI. Seguimiento	5 años	Vigilancia. Control	Familia /Psiquiatra	Prevención de recaídas	4
XII. Maduración	2 a 6 años	Amor/Moldeamiento/Modelamiento	Familia /Psiquiatra	Madurez	10
XIII. Proyecto de vida	1 a 3 años	Terapia cognoscitiva	Psiquiatra /Paciente	Actitud triunfadora	5
XIV. Alta	Variable	Acto médico	Psiquiatra	Persona sana	1

* Nidos Ecológicos Adictivos

** Proceso natural

A continuación se presenta el esquema del proceso terapéutico del adicto, desde la perspectiva del Modelo Familiar, en el cual se precisan las fases, tiempo, procedimiento, responsabilidad y objetivos del tratamiento.

VIII. RECAIDAS

Reincidencia en el consumo después del tercer mes que el paciente comenzó el tratamiento. Sus probables causas son:

a) Entorno familiar

- . Creencia de que ya está sano
- . Creer en su simulación
- . Ceder ante sus manipulaciones
- . Ceder ante su seducción
- . Ausencia de control familiar
- . Permitirle salir solo a la calle
- . Tolerar interferencias de personas ajenas al tratamiento
- . Confiar el paciente a personas que no están comprometidas con el tratamiento
- . Exceso de confianza: descuido, distracción
- . Incumplimiento del suministro de la medicación
- . Irresponsabilidad del familiar encargado de la vigilancia
- . Disponibilidad de dinero al alcance del paciente
- . Disponibilidad de objetos de valor al alcance del paciente
- . Cederle el poder nuevamente
- . Informarle sobre las salidas de la familia
- . Informarle aspectos del tratamiento que el paciente usa para boicotearlo
- . Compasión hacia el enfermo
- . Ausencia de compromiso familiar
- . Ceder ante sus gustos desmedidos: comprarle ropa y zapatillas de marca
- . Permitirle trabajar prematuramente
- . Permitirle estudiar prematuramente
- . Credulidad total en el paciente
- . Influencia de amigos extraños al

tratamiento

- . Aplicación de terapias paralelas
- . Continuar con malos hábitos: fumar, libar licor o automedicarse
- . Persistencia de la desorganización familiar
- . Ausencia de honestidad en el tratamiento: informar que el paciente "está bien", sin ser verdad
- . Dependencia de las opiniones del paciente
- . Enviarle de viaje con personas ajenas al tratamiento
- . Desconfianza en sí mismo y en el tratamiento
- . Desesperanza
- . Ausencia de fe en el tratamiento
- . Ausencia de amor
- . Minimizar la adicción
- . Desaliento por la conducta negativa del enfermo
- . Búsqueda de curación fácil
- . Limitaciones de la persona responsable comprometida con el tratamiento

b) Paciente

- . Inconsciencia de enfermedad
- . Creencia de estar sano
- . Apetencia hedonística compulsiva
- . Desasosiego
- . Sobrevaloración
- . Soledad
- . Incapacidad para sentir amor
- . Vacío espiritual
- . Tristeza
- . Evasión

IX. DESERCIÓN

Es el abandono súbito del programa terapéutico después de tres meses de haberlo iniciado. Sus probables causas son:

a) Entorno familiar

- . Limitaciones económicas
- . Búsqueda de la cura mágica
- . Inconsciencia de enfermedad
- . Ausencia de compromiso

- . Resistencia al cambio
- . Carencia de perseverancia
- . Carencia de tiempo disponible
- . Intención de endosar al paciente
- . Ausencia de integración a la Asociación de Familiares
- . Oposición a acatar normas
- . Soberbia
- . Ausencia de autocrítica
- . Inmadurez de la personalidad
- . Desidia
- . Rol de víctima
- . Actitudes negativas
- . Actitud pesimista
- . Desacuerdo con el tratamiento
- . Psicopatía

b) *Paciente*

- . Fuga
- . Inmadurez
- . Manipulación
- . Inconsciencia de enfermedad

X. *PREVENCIÓN FAMILIAR DE LAS ADICCIONES*

La prevención de las adicciones es esencialmente familiar, sin embargo, compromete a la totalidad de la comunidad: familia, centros educativos, centros laborales, instituciones, organizaciones religiosas, autoridades, líderes sociales y el Estado en su conjunto. Es necesario proteger por igual a la sociedad tanto de las adicciones químicas como conductas adictivas y de los juegos patológicos o ludopatías^{4,14,15,19}.

Objetivos

Promover activamente la madurez de la personalidad en el individuo, y un entorno familiar y social saludable.

En el ámbito preventivo, se propone lo siguiente:

a) *Factores Protectores*

- . Enfocar la acción preventiva en la familia y no únicamente en el sujeto presuntamente vulnerable.

- . Implementar programas preventivos y educativos continuos, puesto que carecen de utilidad práctica las acciones episódicas, voluntaristas, únicamente bien intencionadas o de buena fe.
- . Promover el aprendizaje de hábitos, actitudes, patrones de conducta y estilos de vida saludables.
- . La información acerca de las adicciones es necesaria, mas no genera actitudes orientadas a proteger eficazmente al individuo desajustado o vulnerable.
- . Aplicar programas educativos orientados a cohesionar el núcleo familiar, considerando que "en una familia armónica, las drogas no tienen espacio".
- . Desarrollar la *cultura de la espiritualidad* en el individuo, el entorno familiar y social. El espíritu humano premunido de fe, amor, esperanza, gratitud, lealtad, honestidad, dignidad, altruismo, etc., es la protección más eficaz contra el codicioso mercado de las adicciones.
- . Prodigar educación preventiva y equitativa a los *padres*, a la *pareja* y al *profesor de aula*. Esta es la trilogía preventiva más eficaz y efectiva que hay en la comunidad.

b) *Factores de Riesgo*

- . Desarrollar programas preventivos focales dirigidos únicamente a grupos familiares en situaciones de riesgo evidente de adquirir la enfermedad adictiva.
- . Descartar las indiscriminadas *campañas antidrogas* actuales, porque no han demostrado efectividad comprobable. Carecen de un sólido fundamento científico, y pueden incentivar o inducir la curiosidad de las personas vulnerables.

- Abandonar la práctica de *campañas antidrogas* meramente publicitarias, orientadas solamente al individuo; puesto que frecuentemente los adictos refieren que los mensajes *antidrogas* propalados por los medios de comunicación social, desencadenan su apetencia por las sustancias, induciéndolos a consumirlas.
- Combatir por igual las drogas lícitas e ilícitas, habido en cuenta que todos los usuarios inician su historia adictiva con sustancias legales. Es más, las sustancias lícitas como alcohol, nicotina o psicofármacos generalmente son usadas como drogas enlace o coadyuvantes en el uso de PBC, cocaína o marihuana, entre otras.
- Enseñar a la familia que los factores de riesgo más importantes para adquirir la enfermedad adictiva son:
 - *Desinformación familiar* y prejuicios sobre las drogas, sus efectos y secuelas
 - *Inconsciencia del riesgo adictivo*. Ausencia de una actitud de alerta y control
 - Uso excesivo de *alcohol, nicotina* o la *automedicación* individual y/o familiar
 - *Incomunicación* o discomunicación familiar
 - Ausencia de *amor* y transparencia en la vida familiar cotidiana. Indolencia
 - *Sobreprotección* invalidante, endiosamiento o abandono espiritual
 - *Confianza excesiva* en los familiares vulnerables y expuestos a las drogas
 - *Liberalismo* excesivo o *autoritarismo* en la familia
 - Fácil disponibilidad de *oportunidades, dinero* y *drogas* legales e ilegales
 - *Inmadurez* profunda de la personalidad en el individuo
 - *Paradigmas negativos* en el seno familiar y en el entorno social
 - *Presión amical* de los usuarios de drogas lícitas e ilícitas
 - Creencia errónea de la familia de que "todos pueden caer menos el mío"
 - *Desajustes psíquicos* permanentes en el seno familiar.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde die holistische Verfassung der Adiktion, mit besondere Blick auf Ecologie, Familie, psychische, biogenetische und pharmakologische Massnahmen untersucht. Weiter untersucht der Verfasser die premorbide Persönlichkeit, die klinisch-pharmakologischen Aspekten, seine Entwicklung und seinen Verlauf als Krankheit. Der Verfasser zeigt eine eigene Konzeptualisierung der Behandlung mit der sogenanter "pyramischer Behandlung", "Familien Macht", "Integrativer Behandlung" und des familiären Verhaltens des Behandlungs Gegenübers. Der Verfasser behauptet, dass die therapeutischen Massnahmen aerztliche, integrative, interdisziplinäre und für lange Zeit sei. Schliesslich wäre die Prevention, am wichtigsten gegen Adiktion.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Revised (DSM IV). Washington, DC. APA.-
2. CABELLO, C., ORDÓÑEZ, C., VALLEJOS, J., GUEVARA, W., MONTOYA, P. y CARBAJAL, E. (1993): *Drogadependientes, Reinserción Laboral*. ICARES, Editor. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.-
3. FREINA, F., SOLER-INSA, P.A. (1981): *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*. Editorial Fontanella. Barcelona.-
4. MINISTERIO DE SALUD (1991): *Plan Nacional de Salud Mental*. Lima.-
5. NAVARRO-CUEVA, R. (1992): *Cocaína. Aspectos Clínicos, Tratamiento y Rehabilitación*. Lima. Ediciones Libro Amigo.-
6. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): *Sociedad, Familia y Drogas*. Marsol Perú Editores S.A. Trujillo.-
7. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1989): *Tratamiento Ecológico de la Dependencia de Drogas*. Lima. Imprenta Valdivia.-
8. 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. *Anales de Salud Mental*. VII. 1 y 2: 1-31. Lima.-
9. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas acerca de la dependencia de drogas". *Acta Médica Peruana*. Vol. XV. N° 1. Lima.-
10. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Algunos aspectos clínicos del dependiente de Drogas". *Acta Médica Peruana*. Vol. XV. N° 3-4. Lima.-
11. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): "Problemática de la dependencia de drogas: un enfoque holístico". *Acta Médica Peruana*. Vol. XVI. N° 2. Lima.-
12. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): "Modelo Ecológico de Tratamiento de la Adicción". *Anales de Salud Mental*. Vol. VIII. N° 1 y 2: 27-45. Lima-Perú.-
13. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1993): "Adicción precoz. El adicto encubierto". *Fronteras de Medicina*. Boehringer Ingelheim. J. 2: 78-92. Lima.-
14. NIZAMA-VALLADOLID, M., ARÉVALO, J., DE LOS RÍOS, H., PENA, M. y ASPAJO, H. (1993): "Proyecto de un Servicio de Farmacoddependencia en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos". *Anales de Salud Mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". IX. 1-2: 161-175. Lima.-
15. NIZAMA-VALLADOLID, M., CACHAY, C., SANEZ, Y. y LAVARELLO, H. (1994): "Proyecto de un Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento y Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones". *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 57: 25-45. Lima.-
16. NIZAMA-VALLADOLID, M., CACHAY, C., SAAVEDRA, A., ANGELES, V., SANEZ, Y. y HUANCA, L. (1994): "Adicción a Sustancias Psicoactivas". Glosario. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 57: 181-20. Lima.-
17. NIZAMA-VALLADOLID, M., ADRIANZAN, C., NIETO, I. y SANEZ, Y. (1995): "Comunidad terapéutica en adicciones". *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 58: 112-122. Lima.-
18. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1995): "Modelo Familiar de Enfoque Ecológico de las Adicciones". *Revista Psiquiátrica Peruana*. Segunda Época. 2: 37-50. Lima.-
19. NIZAMA-VALLADOLID, M. (1995): "La familia en la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de pacientes fármaco-dependientes". *Anales de Salud Mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". XI: 85-101. Lima.-
20. PERALES, A. y SOGI, C. (1995): "Epidemiología psiquiátrica en el Perú". *Anales de Salud Mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". XI: 9-29. Lima.-
21. ROJAS, M. (1996): *Consumo de Pasta Básica de Cocaína en Mujeres. Un Estudio Exploratorio desde la Perspectiva de Género*. Centro de Información y Educación Para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). Lima.-
22. SAAVEDRA-A., CACHAY, C., ANGELES, V., SANEZ, Y., MACAN, M. A., PONCE, M. E., LAVARELLO, H., GONZALES, B., VALDIVIESO, G., y ZUMARRIBA, G. (1991): "Modelo biopsicosocial para el afronte de pacientes fármacodependientes". *Anales de Salud Mental*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". VII: 47-60. Lima.-
23. SAAVEDRA-CASTILLO, A. (1992): Co-morbilidad en pacientes ambulatorios fármacodependientes asistidos en el Departamento de Farmacoddependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *XIII Congreso Nacional de Psiquiatría*. Lima.-
24. SAAVEDRA, A. (1994): "Epidemiología de la dependencia a sustancias psicoactivas en el Perú". *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 57: 150-169. Lima.-
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (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.