

Innovación conceptual en adicciones. (Segunda parte).

Conceptual innovation in addictions. Part 2.

Martín Nizama Valladolid^{1,a;2,a;3,b;4,c;5,d,e}

RESUMEN

El presente trabajo busca integrar conceptos actuales acerca de las adicciones y complementar los correspondientes conocimientos convencionales vigentes. Se propone una definición holística de las adicciones, ya que se describe a la adicción como una enfermedad familiar. Entre sus principales características clínicas encontramos diversos conceptos tales como: “maletín de doble fondo”, “paternidad maligna”, “infierno familiar” y disfunción familiar. En tal sentido, se propone una definición familiar para las adicciones describiendo su etiología multicausal: causas ecológicas, socioeconómicas, culturales, familiares, psíquicas, biogénicas, farmacológicas y neurobiológicas, bajo el concepto general de modelo holístico centrado en la familia.

PALABRAS CLAVE: Adicciones, innovación conceptual, fenómeno adictivo.

SUMMARY

This study seeks to integrate current concepts about addictions and complement them to relevant existing conventional knowledge. Proposes a holistic addiction definition, since it describes addiction as a family disease. Its main clinical features include different concepts such as: “double-bottomed briefcase”, “malignant paternity”, “family hell” and family dysfunction. In this sense, it proposes a family definition for addictions describing their multicausal aetiology: ecological, socio-economic, cultural, familial, psychological, biogenetic, pharmacological and neurobiological, under the general concept of the holistic, family-centered model.

KEYWORDS: Addictions, conceptual innovation, addictive phenomena.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se conoce que la anomia familiar patológica es la incubadora de las adicciones; por tanto es indispensable conocer en profundidad su psicopatología, la misma que precede a la aparición de la adicción en la familia. Una vez presente entre sus miembros, sostiene a la enfermedad adictiva durante toda su historia natural hasta el desenlace

final o instauración del tratamiento, el mismo que debe comprender al entorno familiar, pues es el eje de la intervención holística. De este modo, queda claro que la opción de curación de la enfermedad adictiva depende de la resolución de la anomia familiar patológica, luego de lo cual se efectúa el desarrollo humano integral, familiar y personal, todo ello, merced al compromiso familiar a largo plazo.

¹ Departamento Académico de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Sección Académica de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

⁴ Clínica Nizama. Lima, Perú.

^a Profesor Principal; ^bAsistente ; ^cDirector ; ^dMédico Psiquiatra, experto en Adicciones ; ^e Doctor en Medicina.

En la primera parte del artículo, se ha tratado la clasificación, etiología y aspectos clínico-fenomenológicos de la adicción. A continuación se revisará lo que consideramos el aspecto primordial del cuadro: la anomia y el contexto familiar de la enfermedad.

ENFERMEDAD FAMILIAR

Por los antecedentes biogenéticos, la disfunción familiar premórbida, la coadición y la psicopatología familiar causada por la adicción, se considera a la familia como parte de la historia natural de este trastorno, lo cual implica que el abordaje preventivo, terapéutico y de rehabilitación debe comprender necesariamente al entorno familiar (1). De este modo se asegura con anticipación el éxito terapéutico a largo plazo. La familia es el soporte insustituible durante el proceso terapéutico, y cuando ella es incapaz de comprometerse con la recuperación del enfermo el tratamiento fracasa por tratarse de una familia inayudable.

Familia inayudable

La familia es incapaz de ayudar al paciente adicto cuando presenta los siguientes síndromes: maletín de doble fondo, paternidad maligna, infierno familiar y disfunción familiar, a continuación se describen estos síndromes:

1. Maletín de doble fondo:

Violación/Pedofilia, Incesto, Adopción oculta, Paternidad fraudulenta, Infidelidad, Violencia doméstica, Bestialidad, Ensañamiento, Estigmatización, Abortos, Homicidio, Suicidio, Adicción múltiple, Abandono, Desprotección, Humillación, Fatalismo, Promiscuidad, Escándalos, Tocamientos, Acoso sexual, Terror/Pánico, Infidelidad, Culpa, Odio, Machismo salvaje, Insensibilidad paterna.

2. Paternidad maligna

Es la perversión de la paternidad con graves y a menudo irreversibles daños a la progenie. Uno o ambos progenitores no asumen su rol paternal, abdicando del mismo. Los progenitores crían pero no educan a sus hijos. Inconscientemente les hacen el mayor daño posible, deformándoles la personalidad, el psiquismo, la moral y su sentido de existencia, anulándolos para todo efecto y convirtiéndolos en sujetos antisociales

o en parásitos sociales. Sin embargo, creen ser los padres perfectos (2).

3. Psicopatología

Mediante el maltrato cruel, la sobreprotección simbiótica o la indiferencia glacial hacen de sus hijos monstruosos psicópatas o los anulan al extremo de hacer de ellos individuos mediocres, con autoestima demolida que sucumben en el fatalismo o en la autodestrucción trágica.

4. Patrones patológicos de crianza

Al abdicar de su rol de padres se limitan a ser simples progenitores; por lo que suelen aplicar patrones de crianza aberrantes tales como:

- *Simbiótico*: este progenitor, varón o mujer, no rompe el cordón umbilical con su progenie. Siente, piensa, actúa y se derrumba con su hijo, anulándolo para toda responsabilidad. Lo victimiza y sufre por él; lo exculpa de toda responsabilidad y lo defiende irracionalmente. En un grado extremo, el progenitor se convierte en poseído mentalmente por su hijo, quien lo transforma en su títere, manipulándolo de manera implacable. Internaliza la imagen de su hijo y lo trata como si fuera un feto, mientras que el mismo vástago vive físicamente en la realidad exterior; lo trata como si fuera un discapacitado mental, sintiéndose padre/madre perfecto, incapaz de percatarse de su patología simbiótica maligna.
- *Maltratador*: el progenitor punitivo, autoritario, tiránico, déspota o sátrapa agrede a su hijo desde la concepción, gestación, infancia, niñez, pubertad, adolescencia y adultez. Sus procedimientos son agresivos, violentos y crueles como el insulto, la vociferación, el golpe, la humillación y toda suerte de torturas físicas o psíquicas, ensañándose abusivamente con su indefensa víctima, internalizándole miedo, pánico y cobardía. En el grado extremo es sádico, cruel y bestia. Cree que con su salvajismo ejerce autoridad, sintiéndose un omnipotente dueño de la razón. Igualmente, es incapaz de afrontar las consecuencias de sus abusos y su bestialidad.
- *Provedor*: se limita a cumplir los roles materialistas de progenitor “compra todo”, “soluciona todo”, “tolera todo”, “satisface todo” y “celebra todo”. *Full* confort, *full* materialidad, *full* hedonismo, *full* libertinaje y *full* descarrilamiento. Su leitmotiv es: “que mis hijos tengan lo que yo no tuve”, “que no sufran lo que yo sufrí”, “que gocen lo que yo no gocé” o “que

viva su vida”. Así, forjan en ellos antivalores como el saciamiento, el facilismo, el hedonismo, la banalidad, el narcisismo y la idea errónea de que su hijo se lo merece todo.

- *Endosador*: este progenitor cría “huérfanos, hijos de padres vivos”. Tras nacer, el niño es encargado a la abuela, empleada del hogar, tíos, vecinos, amigos o en guarderías infantiles. Enseguida es endosado al kindergarten, escuela y colegio. Así, el niño es privado permanentemente del contacto sensorial, la atención, las caricias y los cuidados básicos por parte de su progenitora para la formación de la personalidad, espiritualidad, hábitos, costumbres y estilos de vida saludables. El progenitor se limita al rol de ser un simple criador, no le interesa la formación humana del niño. No asume su rol paterno, sea por trabajo, estudios, vida social, viajes continuos, juegos de azar, sujeción a los equipos electrónicos o evasión. La mujer no asume la lactancia materna ni el contacto físico con su hijo, quien de esta manera crece en la orfandad afectiva, internalizando soledad y vacuidad.
- *Idólatra*: el progenitor se embelesa con su hijo, endiosándolo. Ve en él un genio, un adonis pletórico de virtudes imaginarias, en suma, un ser perfecto. No observa en él errores ni fallas, en todo caso los minimiza o justifica. Le niega la oportunidad de aprender el esfuerzo, el sacrificio, el sufrimiento, la perseverancia y la resiliencia, al contrario le enseña antivalores como codicia, soberbia o materialidad. No admite críticas a su hijo, atribuyéndolas a que son motivadas por la envidia de los demás. Es un títere de su hijo. A menudo son los abuelos quienes ejercen esta crianza maligna, cumpliéndose el adagio que reza, “los padres para criar y los abuelos para malcriar”.
- *Indiferente*: es el progenitor sin afecto. No crea vínculos espirituales con su hijo, al mismo que trata como si fuera una persona extraña o un objeto, mostrándose indiferente ante sus demandas de afecto. Tampoco atiende sus necesidades educativas, limitándose a criarlo, solamente le proporciona las necesidades básicas: vivienda, alimentación, vestimenta e instrucción escolar o universitaria. Cumple un rol meramente asistencial con su hijo, sin vínculo espiritual.
- *Utilitarista*: este progenitor usa a su hijo para obtener beneficio personal, sea económico, social o material. La mujer busca salir embarazada de parejas con buena posición económica o social para asegurar su manutención, vivienda y otras gollerías frívolas. Otras mujeres llegan a tener

muchos hijos, cada uno con diferente pareja. Así obtiene varias pensiones alimentarias simultáneas, asegurando su subsistencia económica y estilos de vida frívolos. No se preocupa por la educación de sus hijos, los mismos que a menudo permanecen en la calle, vagando, sin sentido de existencia ni visión de futuro. Otras progenitoras desnaturalizadas usan a sus críos con fines meramente comerciales y publicitarios para su beneficio personal, sin que les importe el daño irreparable que les causan.

Los progenitores que desempeñan estos patrones patológicos de crianza no son conscientes del daño que provocan a sus hijos. Es más, se niegan a aceptarlo cuando se les confronta, incluso se enfurecen y victimizan, por lo que son *inayudables* en cualquier programa terapéutico o esfuerzo persuasivo.

5. Roles patológicos de los progenitores

Es común que estos progenitores desempeñen roles perversos forjando la conducta desajustada de sus críos, mediante los roles disfuncionales que a continuación se presentan:

- **Rol de salvador**: En este patrón de crianza el progenitor se siente insustituible en la vida de su crío. Le allana todas las dificultades y obstáculos, enseñándole el facilismo, el saciamiento y el parasitismo. Su *leitmotiv* es la culpa que lo impulsa a actuar de este modo.
- **Rol de perseguidor**: El progenitor en forma sostenida acosa al niño presionándolo de manera implacable con preguntas, pesquisas y supuestos comportamientos incorrectos (“*ampay*”). Probablemente, inconscientemente lo odia.
- **Rol de víctima**: Es cuando el progenitor, merced a su minusvalía, tiene la costumbre de mostrarse ante el niño en actitud lastimera, llorando para conmovirlo y ganarse su incondicionalidad y sumisión. Siente por él miedo o conmiseración.

6. Infierno familiar

Sufrimiento extremo y sostenido que experimenta la familia, causado por uno o más de sus miembros adictos o con algún otro trastorno psiquiátrico, que la conduce a una disfunción grave y a la disrupción final. Sus principales manifestaciones son: desamor, agresividad, violencia, conflicto conyugal, doble vida, peleas intrafamiliares, anomia, sentimiento de culpa, odio, celos, individualismo, narcisismo, acoso, tocamientos indebidos, violación sexual, incesto, Desautorizaciones mutuas, infidelidad, hipocresía,

antivalores, vacuidad, depresión, indiferencia, insensibilidad, cinismo, *discomunicación*, irritabilidad, impulsividad, perversidad, venganza, escotosis, negación, minimización, evasión, ausencia de autoridad, libertinaje, discriminación/exclusión, favoritismo, intolerancia, incompreensión, sufrimiento, permisividad, machismo, estulticia, ideación suicida, ideación homicida, desesperanza, orfandad, soledad, interferencias, angustia, miedo, tristeza, furia, conspiración, maquinación, autoritarismo, divisionismo, rivalidades, maltrato, vociferaciones, procacidad, ensañamiento, impotencia, humillaciones, fatalismo, bloqueo mental, acusaciones mutuas, autodescalificación, tensión, infelicidad

Disfunción familiar:

Las principales manifestaciones clínicas de la disfunción familiar en el proceso adictivo, son:

- *Escotosis:* incapacidad de los integrantes de la familia para percibir objetivamente el fenómeno adictivo. Inconscientemente lo ignora, minimiza o evade. Es el oscurantismo mental, “ceguera” o “venda en los ojos”. Al respecto, Alcántara et al. señalan que “la familia acepta de manera disimulada que uno de los miembros sea usuario de alguna droga y evita el enfrentamiento de la situación. La negación de los problemas no resuelve nada. Para atacar un problema es imprescindible identificarlo, conocer las causas que lo originaron y buscar alternativas de solución, como acudir a un tratamiento” (3).
- *Poseión:* la persona se encuentra poseída mentalmente por la imagen del adicto, autoincapacitándose para pensar por sí mismo. Sinonimia: *poseo*.
- *Simbiosis:* sobreprotección maligna que ejercen los familiares sobre el adicto, perpetuando así la conducta adictiva. Se debe a que durante el desarrollo psicoevolutivo no se efectuó el proceso de individualización y de diferenciación psíquica entre los miembros de la familia involucrados en esta relación de fijación primitiva, lo cual, les impide crecer individualmente y poseer autonomía. Comúnmente se les denomina: “siameses”, “pegados”, que “no han roto el cordón umbilical” o “clonados”.
- *Frustración:* defraudación de expectativas de los integrantes de la familia. Sentimiento de fracaso que se experimenta en relación a la conducta adictiva de uno o más miembros de la familia (4).

- *Culpa:* sentirse injustificadamente causante de la adicción de un miembro de la familia, sufriendo por ello de manera permanente. A la vez, se busca la expiación mediante la tolerancia ilimitada de la tiranía del enfermo. Una vez que el adicto se percata de esta autoinculpación subjetiva se ensaña con la persona supuestamente culposa a quien manipula, chantajea o maltrata. En la replana del adicto, lo “titeretea”.

- *Sufrimiento:* dolor espiritual profundo que experimentan los miembros de la familia debido a la indolencia, abusos, agresiones, desatinos, escándalos, conflictos, delitos, hurtos y desfalcos que comete el individuo como consecuencia de la enfermedad adictiva.

- *Depresión:* mengua del estado de ánimo vital con retraimiento social, hipobulia, pérdida del deseo de vivir e impotencia familiar para controlar la agobiante conducta disocial del adicto, frecuentemente asociada a ideas, pensamientos y planes suicidas.

- *Sujeción:* estado de sometimiento incondicional de los familiares al adicto, quien al inducirles miedo los domina totalmente. Los familiares sufren infinitamente esta situación humillante. No tienen posibilidad alguna de liberarse por sí mismos de las manipulaciones, engaños, maquinaciones y abusos inacabables del enfermo, quien los convierte en sus “esclavos infelices”.

- *Encubrimiento:* solapar la doble vida del adicto. De manera sistemática se encubre hechos perniciosos cometidos por el adicto, convirtiéndose los familiares en sus cómplices activos o pasivos. Inconscientemente se establece una alianza perversa entre el familiar y el adicto.

- *Angustia:* estado de desesperación experimentado por los miembros de la familia ante la serie de inconductas del adicto que ponen en riesgo la tranquilidad, seguridad, salud e integridad familiar.

- *Miedo:* estado de amenaza vivenciado por los familiares debido a las constantes agresiones, violencia y chantajes del adicto ante cuya presencia tienden a huir. Un estado máximo de este estado emocional es el pánico.

- *Endiosamiento:* sobrevaloración imaginaria del adicto por parte de sus familiares, atribuyéndole cualidades irreales tales como omnipotencia, omnisciencia, genialidad e intocabilidad. Lo tratan

como un ser único y especial, cuasi divino.

- *Endosamiento*: disposición familiar persistente para deshacerse del adicto encargándolo a terceras personas o a alguna institución que se haga cargo de él, sea a una pareja, amigos, pseudocentros de “tratamiento” utilizados como depósito mercantilista, residencia forzada fuera de su domicilio, en otro lugar del país o en el extranjero.

- *Impotencia*: carencia de poder para afrontar situaciones de riesgo creadas por el adicto, quien suele ensañarse con los suyos; principalmente con los más débiles sobre los que ejerce una tiranía implacable y abusiva.

- *Bloqueo mental crónico*: parálisis parcial de la actividad racional, debido a la perturbación mental que experimentan los familiares como consecuencia del grave impacto emocional causado por la conducta del adicto. Se manifiesta por la incapacidad que muestra la familia para comprender la enfermedad adictiva, aprender los procedimientos terapéuticos y manejar racionalmente el problema, lo cual hace inviable la resolución de la patología adictiva. Oyen pero no escuchan ni comprenden, son como “zombis”, o se conducen cual “autómatas”.

- *Desesperanza*: pesimismo familiar por el cual sus miembros creen erróneamente que el adicto no tiene curación, que ya nada se puede hacer por él, y que por lo tanto, cualquier intento, esfuerzo o sacrificio en ese sentido está condenado al fracaso.

- *Fantasías tanáticas*: imaginación libérrima de los miembros de la familia deseando la muerte del enfermo, al sentir odio, impotencia, pánico o desesperanza por su comportamiento incontrolable e insoportable. Creencia que de esta manera se liberarían del sufrimiento que padecen.

- *Adicción familiar múltiple*: presencia de otros familiares con problemas adictivos en el hogar del adicto. Generalmente se trata de adicciones encubiertas, negadas o toleradas por los demás miembros de la familia. Por ejemplo, alcoholismo del padre, dependencia de nicotina de la madre o dependencia de benzodiazepinas por parte de la pareja. En la demanda espontánea de atención a un Servicio de Adicciones, la adicción familiar múltiple excede del cuarenta por ciento, de cada cien adictos, cuarenta de ellos presentan más de un adicto en su hogar (5).

En conclusión, la familia inayudable muestra incapacidad para transformar sus estilos de vida mórbidos y de ayudar al paciente, debido a su severa psicopatología simbiótica, psicopática o carencia de afecto que le impiden el *insight*, y con ello el éxito terapéutico. Sus miembros no permiten que se les ayude, aferrándose obcecadamente a sus estereotipos psicopatológicos. Los síntomas que presentan son: escotosis, coadicción, endosamiento, endiosamiento, simbiosis, encubrimiento de la doble vida del adicto, interferencias, tratamientos paralelos, “puerta giratoria” y conveniencia anética, entre otros. Entendiéndose por conveniencia anética al hecho según el cual el adicto simula aceptar el tratamiento aunque continua con la conducta adictiva la familia se encuentra satisfecha porque el paciente recibe el supuesto tratamiento y el médico cobra honorarios sin que haya cesado la adicción. Así, todos contentos.

FACTORES PREMÓRBIDOS Y DE SOSTENIMIENTO

1. Factores condicionantes

Inmadurez: comúnmente los adictos poseen una personalidad profundamente inmadura, caracterizada por inseguridad, volubilidad, irresponsabilidad, estulticia, evasión, incapacidad para la autocrítica, impulsividad, ausencia de identidad, carencia de sentido de vida y de visión de futuro; así como pensamiento fantasioso, entre otras manifestaciones que denotan estancamiento del desarrollo emocional y espiritual en estadios muy tempranos, entre los 3 y 5 años de edad, como consecuencia de una disfunción familiar manifiesta o enmascarada.

Este estancamiento temprano del desarrollo psicoevolutivo también se le denomina socialmente “fetismo”, “bebismo” o “infantilismo”. Al respecto, Guajardo et al. señalan: “En el sistema inconsciente es altamente frecuente encontrar sucesos traumáticos, en especial en los primeros años de vida, que en la mayoría de adictos actúan generando emociones o pensamientos disfuncionales que precipitan episodios de consumo o recaídas” (6). En el mismo sentido Calero manifiesta: “El futuro del hombre depende de los primeros años de su vida. Los primeros 5 años de vida son muy importantes y que en ellos se encuentra riquezas mentales insospechadas. El punto de encuentro entre el nacimiento y la edad adulta se sitúa en el tercer año de vida. ¡A los tres años el ser humano ha recorrido ya la mitad del camino de su evolución mental!” (7).

Desajuste familiar: el entorno familiar desajustado, cuando el niño fluctúa entre los 0 y 5 años de edad, influye desfavorablemente en el desarrollo psicoevolutivo del infante, estancándolo. Los estilos de vida y patrones de crianza perniciosos que contribuyen con mayor frecuencia al estancamiento y desviaciones del desarrollo emocional y espiritual en esta edad muy precoz son: desamor, violencia, materialidad, hedonismo, asistencialismo, simbiosis, endiosamiento y saciamiento; igualmente endosamiento, abandono espiritual, indolencia, banalidad y anomia. Al respecto Cirillo et al. sostienen que: “El comportamiento del toxicodependiente, a menudo valorado de manera reductiva como resultado de una excesiva tutela y cobertura materna acaso frente a la falta de un contacto fiable con la ley paterna, nos pareció denunciar una prematura carencia de atención materna adecuada a las exigencias del niño” (8).

Entornos familiares desajustados como los antes señalados condicionan un desarrollo emocional y espiritual mórbido en el individuo, quien inconscientemente aprende e internaliza los factores predisponentes, lo cual ulteriormente lo convierte en una persona vulnerable ante los estímulos adictógenos, endógenos y exógenos (9).

2. Factores predisponentes

- *Odio*: ira embalsada, hostilidad y rechazo permanente contra sí mismo, algo o alguien con determinación autodestructiva, consciente o inconsciente. Rencor, resentimiento, encono.

- *Soledad*: sentimiento de abandono y desprotección que se internaliza en el individuo entre los 0 y 5 años de edad. La sostenida privación afectiva debida a la negligencia, ausencia física o espiritual principalmente de la figura materna, produce este sentimiento de orfandad en el niño: “soledad sola”. Otras veces este sentimiento se vivencia aún en presencia de familiares indolentes o desaprensivos: “Soledad acompañada”, “huérfanos, hijos de padres vivos”.

- *Aflicción*: tristeza. Sufrimiento que se internaliza en la infancia por causa de una pérdida significativa, privación afectiva, frustración o injuria sostenida. Aflicción.

- *Vacuidad*: percepción de carencia de contenido espiritual que se manifiesta mediante el aburrimiento persistente: “me aburro de estar aburrido”. Vacío espiritual, tedio, hastío. Ríos et al. (10) señalan: “La vacuidad sería entonces algo equivalente a lo que se ha llamado, desde otros esquemas referenciales, ora depresión primaria, ora depresión narcisística o

bien, muy metafóricamente “agujero negro”, “cabeza hueca”, “calabaza”.

- *Minusvalía*: sentimiento de pobre autoestima. Sentirse menos que los demás y creerse de poca valía (“poquita cosa”).

- *Infelicidad*: sentimiento de desolación, angustia e insatisfacción espiritual profunda. Se vivencia un estado de penumbra, pesadilla y pesadumbre por causa de la enfermedad adictiva que desgarra espiritualmente a la familia, generando desdicha y fatalidad (11).

- *Carencia de sentido de vida*: ausencia de dirección en el curso de la vida. Sin voluntad de sentido ni futuro, desorientación. Para Guajardo et al.: “el ser humano necesita encontrarle un sentido a la vida, saber cuál es el papel que juega dentro del Universo, por qué y para qué existe. La necesidad de dar un sentido a nuestra existencia es saberse significativamente integrado dentro de una realidad más amplia. Lo anterior resulta difícil para muchas personas en esta época de rápidos y contradictorios cambios sociales” (6).

- *Carencia de proyecto de vida*: vivir el momento y nada más, sin objetivos ni metas definidas, en ausencia de visión y de planeación del futuro (12).

- *Evasión*: huir de sí mismo, de la soledad, vacuidad y de los problemas.

- *Hedonismo*: búsqueda de placer desmedido. Vivir únicamente para el disfrute y por el disfrute ilimitado. Sensualidad. Concupiscencia.

- *Estulticia*: necedad irreductible. Es proceder con irracionalidad persistente como si se hubiera perdido el juicio, teniendo la razón plenamente conservada. Actuar como un “sordo, ciego y testarudo”.

3. Factores determinantes

- *Antecedentes familiares*: historia familiar adictiva. Familiares por rama paterna, materna, cercana o lejana afectados por la enfermedad adictiva, lo cual predispone a la persona a adquirir la enfermedad cuando se presentan los factores detonantes. En algunos casos se ha encontrado predisposición genética.

- *Influencia negativa*: la presencia de adictos en el entorno amical. La convivencia o salidas frecuentes con este tipo de enfermos, ponen en riesgo a las personas vulnerables ya que son estos quienes los presionan en forma sostenida para involucrarlas en el proceso adictivo. En tal sentido las adicciones son contagiosas (13).

- *Mercado adictivo*: disponibilidad de un sinnúmero de oportunidades adictivas en el mercado hedonista, v.gr.: tragamonedas, casinos, cabinas de Internet, juegos en red, máquinas chinas, expendio indiscriminado

de drogas legales y microcomercialización (*dealer, delivery*) de drogas ilegales (14).

- *Libertinaje*: libertad ilimitada que de manera irresponsable se concede a una persona carente de autonomía, responsabilidad, autocontrol y de previsión suficiente.

- *Estilos de vida desenfrenada*: formas de vida dedicadas al placer desmedido y al esparcimiento ilimitado, sin prever las consecuencias. Ejemplo: desenfreno hedonístico durante los cuatro días feriados de Semana Santa (“semana tranca”), juergas, fiestas *rave*.

3. Factores precipitantes

- *Oportunidad*: ocasión de iniciar experiencias recreativas en tragamonedas, casinos, cabinas de Internet, cantinas, discotecas, fiestas juveniles, fiestas y viajes de promoción con desenfreno (“degenera”), campamentos (“trancamientos”), conciertos de música juvenil y paseos a lugares de hedonismo masivo (*Máncora City*, Lunahuaná, Cusco y playas del sur). Asimismo, realización de actividades relacionadas con elevada frecuencia de consumo de drogas como el surf, canotaje, carreras de autos (“piques”) y de motocicletas e incluso actividades académicas como en algunas escuelas de arte universitarias, donde se consume abundante marihuana.

- *Presión social*: conductas hedonistas inducidas por adictos activos, quienes mediante diferentes estrategias procuran que un nuevo miembro se integre al clan amical que practica los rituales adictivos, sean estos conectivos, sociales, lúdicos o con sustancias psicoactivas. “El vicio hace al círculo y el círculo hace al vicio”.

- *Disponibilidad de dinero*: el fácil acceso al dinero expone a la persona vulnerable a adquirir la enfermedad adictiva. Acostumbrar al individuo a la obtención de dinero fácil, en cantidades desmedidas y sin control lo convierte en cautivo del mercado hedonista. A menor edad, a más inmadurez de la personalidad y más vacuidad, mayor es el riesgo adictivo.

4. Factores de sostenimiento

La enfermedad adictiva suele ser mantenida por una secuencia de estilos de vida concupiscentes por parte del dependiente y de su entorno familiar y social, por ejemplo, libar licor y fumar tabaco con regular frecuencia, hábito de asistir a fiestas desenfrenadas, “juerga” de fin de semana, actitud tolerante y encubrimiento sistemático de las conductas adictivas y fácil disponibilidad de dinero (15). Igualmente la

creencia de que se trata de un simple vicio, lo cual denota una concepción moralista del problema adictivo.

MODELO HOLÍSTICO CENTRADO EN LA FAMILIA

El autor aplica un programa terapéutico homogéneo para cualquier tipo de adicciones a través del *Modelo holístico de las adicciones centrado en la familia* (16). Merced al involucramiento y compromiso de la familia, el éxito terapéutico es asegurado desde el primer momento del tratamiento, cuando al paciente se le aísla de todo contacto con el área ecológica (antros), social (“círculo vicioso” de amigotes), el mercado adictivo (proveedores) y el entorno familiar patológico (coadición), mediante el internamiento residencial a largo plazo.

El tratamiento está centrado en la familia y no en el adicto carente de conciencia de enfermedad, quien solamente es un miembro más de la familia. Tras el tratamiento, se pone el mayor énfasis en el desarrollo humano integral, individual y familiar. La conciencia de enfermedad, la voluntad, la motivación para el tratamiento, la sensibilidad y la adaptación social adecuada, son logros de una efectiva intervención terapéutica, de rehabilitación y seguimiento, la misma que es holística, transdisciplinaria y a largo plazo, sujeta a evaluación, supervisión y monitoreo continuo, que debe ser conducido por un equipo terapéutico con experiencia y un genuino compromiso profesional y humanista, mas no por personal empírico que desconoce los fundamentos científicos de esta enfermedad familiar, aun cuando éstos son supuestos “*ex-adictos*”.

En esta misma línea Guajardo et al. (6) señalan: “El proceso terapéutico es similar para cualquier droga que se consuma”. Por su lado, Secades et al. acotan: “La similitud entre el juego patológico y el abuso de sustancias tóxicas, conlleva a que, las técnicas de tratamiento utilizadas en ambos trastornos sean similares”(17). El tratamiento homogéneo de las adicciones es un reto científico ineludible.

Según Prochaska y col., un importante predictor del resultado del tratamiento es la motivación del individuo para aceptar el mismo. Esto también tiene que ver con la mejora de los síntomas a lo largo de la intervención, el abandono prematuro del tratamiento y la alianza terapéutica (18). La motivación genuina para el tratamiento suele aparecer en promedio, entre

el año y año y medio de inicio del tratamiento riguroso con abstinencia total; antes sólo es simulación.

Áreas de intervención preventiva y terapéutica.

Desde la perspectiva holística, el fenómeno adictivo es una unidad mórbida constituida por 13 áreas con una representación porcentual específica para cada una, estimada empíricamente por el autor a partir de una experiencia clínica de cerca de cuatro décadas. Estas áreas de intervención promocional, preventiva, terapéutica, de rehabilitación y desarrollo humano integral son:

Áreas	Estimación Empírica (%)
- Ecológica.	10
- Social.	10
- Mercado hedonista.	05
- Entorno familiar.	10
- Orgánica.	04
- Biogenética.	05
- Personalidad.	10
- Emocional, afectiva y volitiva.	05
- Espiritualidad.	20
- Cognitiva.	05
- Comportamiento.	05
- Esparcimiento.	10
- Adicción.	01
	100

La adicción es la punta del iceberg.

La espiritualidad representa la mayor proporción por ser la esencia de la naturaleza humana. Las 13 áreas de intervención holística muestran la vasta extensión y complejidad del fenómeno adictivo (19).

El uno por ciento de la adicción evidencia que ésta sólo es la punta del *iceberg* del miasma adictivo.

Factores protectores

1. El contacto sensorial intenso posibilita el desarrollo emocional cognitivo y espiritual individual y familiar. Este contacto sensorial debe ser diario y de forma continua con los 5 sentidos: vista, oído, tacto, gusto y olfato.
2. La comunicación humana auténtica, verbal y no verbal, desarrolla el amor como eje de la cohesión familiar.
3. El amor es el factor protector más fuerte contra las adicciones.
4. Los valores humanos se forjan en el nido familiar.

5. La autoestima es el motor del desarrollo humano integral.
6. Los padres son irremplazables en la educación de los hijos.
7. La educación es insustituible en la formación de la personalidad, la espiritualidad y el intelecto así como en la búsqueda del sentido de existencia y la visión de futuro.
8. La cultura en todas sus expresiones viabiliza el desarrollo humano en aras de una sociedad libre y humanista.
9. Los padres son la autoridad, los paradigmas y guías que ejercen control, ponen límites y aplican sanciones racionales.
10. La autocritica personal y familiar es la fuente de la objetividad.

Prevención, tratamiento y desarrollo humano integral

Para prevenir y realizar el tratamiento de las adicciones es necesario restablecer la familia natural, priorizando los factores protectores de la salud psíquica individual y familiar, así como controlar los factores de riesgo adictivo. De esta manera se propicia el tratamiento oportuno y eficaz; así como la rehabilitación y el desarrollo integral individual y familiar (20).

En la prevención de las adicciones se restablece la familia natural a través de Escuelas de familia en las que se realiza cursos de educación familiar en la comunidad y en los establecimientos educativos, tanto públicos como privados con el objetivo de:

- Restablecer la familia natural y recuperar el nido familiar
- Transparentar y desarrollar vida familiar auténtica
- Restablecer la autoridad de los padres en la vida familiar
- Priorizar la espiritualidad sobre la materialidad en la convivencia familiar
- Cultivar los valores humanos en el individuo, en la familia y en los centros educativos
- Detección precoz y tratamiento oportuno de la disfunción familiar
- Posicionar a la familia como célula básica de la sociedad
- Cesar la doble vida en los miembros de la familia
- Detección precoz del adicto enmascarado (21).
- Involucramiento pleno de la familia en la recuperación del adicto

En el tratamiento se debe asumir las siguientes pautas y principios:

- La adicción es una enfermedad curable
- El principio rector es: “familia que se transforma, adicto que se cura”, por lo que el compromiso cabal de la familia en la aplicación del programa terapéutico a largo plazo es indispensable.
- Priorizar el desarrollo humano integral, individual y familiar, como fundamento de la curación del adicto.
- El tratamiento, la rehabilitación y el desarrollo humano integral es producto del manejo profesional interdisciplinario, altamente especializado y liderado por el médico psiquiatra.

Correspondencia

Martín Nizama Valladolid
Torre de Consultorios Clínica Anglo Americana.
Alfredo Salazar 314, Of. 303.
San Isidro. Lima, Perú
Teléfono: (511)4219939 Anexos 430 y 433.
Correo electrónico: maniva@terra.com.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valverde J, Fariás E, Benítez-Guerra G. Factores de riesgo para el consumo recreacional y la adicción de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en estudiantes de educación superior. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2009; 32(2):113-123.
2. Flouri E. Fathers' behaviors and children's psychopathology. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30: 363-369.
3. Alcántara H, Reyes M, Cruz S. Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia. Ciudad de México: Centro de Integración Juvenil; 2002.
4. Herrera P. Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Rev Hum Med*. 2012;12(2): 184-191.
5. López C. Mediación familiar en el proceso de rehabilitación de drogodependencias. *Revista de Mediación*. 2011;4(2):34-41.
6. Guajardo H, Kushner D. *Mayéutica Manual terapéutico*. 1º ed. Santiago de Chile: Editorial de la Universidad de Santiago de Chile; 2004.
7. Calero M. *Escuela de Padres*. 1ra ed. Lima: Ediciones Abedul S.A.; 1996.
8. Cirillo S, Berrini R, Cambiaso G, Mazza R. *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar; 1998.
9. Nargess I. The predictive role of the family internal factors in tendency the adolescent girls to internet addiction. *J Educ Manage Stud*. 2013; 3(4): 390-393.
10. Ríos M, Ríos C. Organización narcisista, insinceridad y vacuidad en la adicción. *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 1996; 18(2): 341.
11. Martínez A. Consumo diario de tabaco en la adolescencia, estados de ánimo negativos y rol de la comunicación familiar. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(5):421-428.
12. Gutiérrez C, Contreras H, Trujillo D. Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo *An Fac med*. 2009;70(4):247-54.
13. Granados M, Brands B, Adlaf E, et al. Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17:770-775.
14. Villalbí J, Gual A. Las políticas preventivas del consumo de sustancias adictivas y la responsabilidad de los profesionales. *Adicciones*. 2009; 21(19): 5-8.
15. Becoña E, Martínez U, Calafat A, et al. Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*. 2013; 25(3): 292-298.
16. Nizama M. *Modelo Familiar: Afronete holístico de las adicciones*. Lima: Centro de producción editorial e imprenta de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
17. Secades R, Villa A. *El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide; 1998
18. Norcross J, Krebs P, Prochaska J. Stages of change. *J Clin Psychol*. 2011; 67:1-12.
19. Jiménez J, Rivera C, Díaz I. *Intervenciones enfermeras en trastornos duales: Adicciones relacionadas con trastornos de conducta en la infancia*. *Enfermería Global*. 2010;19:1-12.
20. Zapata M. La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*. 2009;2(2):86-94.
21. Pedrero E. Detección de adicciones comportamentales en adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*. 2010;12(1):13-18.

Recibido: 05/06/2014
Aceptado: 16/03/2015