

MODELO ECOLOGICO DE TRATAMIENTO DE LA ADICCION

Martín NIZAMA VALLADOLID*

PALABRAS CLAVE : *Fármacodependencia - Tratamiento Ecológico*
KEY WORDS : *Drugdependency - Ecological Treatment*

El autor hace una revisión del estado actual del conocimiento relativo al tratamiento de la fármacodependencia y propone el modelo ecológico como nuevo enfoque terapéutico. En la perspectiva de tal modelo presenta el concepto, la historia natural de la enfermedad, etiología, características de la personalidad y las etapas de la evolución del proceso mórbido. Provee signos conductuales para la detección precoz de casos así como detalles de las etapas comprendidas en el tratamiento ecológico.

THERAPEUTIC ECOLOGICAL MODEL OF DRUGDEPENDENCY

The author reviews the actual knowledge in the field of drugdependency treatment and proposes a therapeutic ecological model for its treatment . In the perspective of that model, the concept, natural history of the illness, etiology, personality characteristics and the stages in the evolution of the morbid process are presented. Moreover, behavioural signs for early detection of the drugdependency case and details of the stages involved in the ecological treatment are given.

* Jefe del Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

INTRODUCCION

La dependencia de drogas es una enfermedad. Así lo establecen la Organización Mundial de la Salud (15) y la Asociación Psiquiátrica Americana (1) en sus respectivos glosarios siquiátricos, de vasta aceptación internacional. Es una entidad mórbida de naturaleza sicotóxica, de curso crónico, con etiología multicausal y afronte preventivo-terapéutico complejo y controversial por antonomasia. Se caracteriza principalmente por las siguientes manifestaciones: apatencia compulsiva de drogas, ausencia de consciencia de enfermedad, nula o escasa motivación para el tratamiento, tendencia a la recidiva con trama mórbida tanto en el entorno familiar como en el entorno social (10). Las intervenciones terapéuticas tradicionales, no han aportado resultados alentadores en el abordaje de esta entidad nosológica. Así, en el ámbito internacional, Vaillant (13) en 1966 comunicó sólo un 30 % de buen ajuste social, luego de 12 años de riguroso seguimiento de 100 adictos. Waldorf (14) en 1970, en una muestra de 422 heroinómanos varones, encontró únicamente un 3 % de abstención voluntaria durante 5 años o más, en sujetos con elevados puntajes en el ajuste social, previo al inicio del consumo.

En nuestro medio, Sánchez (12) informó en 1982 sólo 20 % de recuperación muy buena y buena en 104 casos tratados. En 1986, Navarro (8) comunicó más del 84 % de éxito con la aplicación de un programa de modificación del comportamiento: hallazgo discutible, pues contrasta con los resultados que comúnmente se conocen, tanto en el Perú como en el ámbito internacional.

El autor, desde una perspectiva

ecológica propone que la dependencia de drogas, es una grave patología sociofamiliar pandémica resultante, mayormente, de un fenómeno macro socioeconómico: la narcoproducción, el narcotráfico y la comercialización en escala nacional e internacional, los cuales responden a la ley de la libre oferta y demanda en búsqueda del lucro mercantilista y anético. Se trata, pues, de una patología social.

De otro lado, Ecología proviene del griego OIKOS, casa y LOGOS, tratado. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Ecología es la ciencia que estudia las relaciones existentes entre los seres vivientes y el medio ambiente en que viven. Es parte de la Sociología, que estudia la relación entre los grupos humanos y su ambiente, tanto físico como social. Cuando dichas relaciones son armónicas, se da la salud ecológica en la que, las relaciones entre el ser viviente y su ambiente son estables y flexibles (2).

Asimismo, la Ecopsiquiatría se ocupa de las relaciones entre el ecosistema y los procesos síquicos mórbidos. El proceso salud-enfermedad no puede entenderse al margen del ecosistema dentro del cual ocurre. Ergo, el proceso patológico se origina en las entrañas del ecosistema que lo contiene.

El ethos social depende, en gran medida, de la influencia dinámica del medio ambiente circundante y la interacción social de este proceso. La conducta social es una respuesta al estímulo ambiental; por lo que, la interacción social puede ser concebida como una secuencia de esas relaciones de estímulo respuesta.

El ambiente de las drogas estimula la conducta de consumir dichas

sustancias en sujetos vulnerables individual y familiarmente. Desde luego, son los factores económicos los que esencialmente determinan y promueven la existencia de este submundo. Dichos factores económicos son manipulados anécticamente por quienes dirigen las transnacionales de las drogas hedonísticas; ellos a la vez, escamotean todas las estrategias operadas por la comunidad internacional contra el uso de drogas ilícitas.

Naturalmente, que conexos al hegemónico y lucrativo factor crematístico existen los relevantes factores síquicos, biológicos, genéticos y farmacológicos consustanciales a esta entidad mórbida; estos adquieren singular importancia en la individualización del caso (3), a efectos del manejo terapéutico.

Al respecto, actualmente, el quehacer científico ha logrado significativos avances en el área biogenética de la adicción, verbigracia, la sensibilización neuronal, la inducción enzimática, al igual que en el conocimiento de los receptores opiáceos, opiáceos endógenos, neurotransmisores dopaminérgicos, las alteraciones cromosómicas y de los códigos genéticos (3).

El modelo ecológico viabiliza un hecho innovador: previamente al tratamiento se capacita, prepara y reeduca a la familia. Se le concientiza a cabalidad para que desde el inicio del proceso terapéutico asuma plenamente la autoridad y el poder familiar, el rol terapéutico principal y la mayor responsabilidad en los resultados. El equipo terapéutico interdisciplinario liderado por el médico especialista en el área, desde una posición no hegemónica y a la vez genuinamente comprometida, asesora científica y técnicamente a la familia, aportándo-

le, además, un soporte terapéutico integral continuo (9).

El afronte terapéutico familiar del modelo ecológico tiene notable complementación con el modelo sistémico, al igual que con otros modelos alternativos holísticos de reciente data (4,5,6,7,11), y contrasta radicalmente con los tradicionales paradigmas reduccionistas.

DROGAS DE MAYOR CONSUMO EN EL PERU

Según las informaciones estadísticas disponibles se estima que en orden decreciente, actualmente, las drogas de mayor consumo en el país son : alcohol, nicotina, cafeína, fármacos (ingeridos mayormente por automedicación), PBC, marihuana, clorhidrato de cocaína e inhalables. También cabe mencionar aquí los juegos patológicos y las conductas adictivas.

DEPENDENCIA DE DROGAS

Sinonimia Fármacodependencia. Adicción. Toxicomanía. Drogadicción. Drogodependencia. Narcodependencia.

Es un área controversial, interdisciplinaria, de alto riesgo para el investigador clínico, demanda una investigación intensiva; requiere una aproximación holística. Asimismo, exige del investigador creatividad, honestidad, compromiso genuino y elevada tolerancia a la frustración.

DEFINICION

El borrador de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), refiere que la dependencia de drogas es una

“serie de manifestaciones de índole fisiológica, de conducta o cognoscitiva que se relacionan con el uso de alguna sustancia psicoactiva y toman prioridad sobre otras conductas previas. Una característica medular del síndrome de dependencia es el deseo imperante de utilizar la sustancia por su efecto farmacológico” (15).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El diagnóstico de dependencia requiere la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante el último año:

- Deseo intenso o sensación compulsiva de utilizar la sustancia.
- Conocimiento o conciencia por parte del paciente de su incapacidad para controlar el uso o la ingesta, en relación con su inicio, terminación o nivel de consumo.
- Manifestaciones fisiológicas del síndrome de abstinencia.
- Claro indicio de tolerancia, o sea la utilización de dosis progresivamente mayores para obtener el efecto deseado.
- Reducción del repertorio personal de la manera de uso de la sustancia; verbigracia, ingesta de alcohol con el mismo patrón ya sea domingo, entre semana o cualquiera que sea la censura social.
- Abandono progresivo de placeres o área de intereses en favor del uso de la sustancia.
- Persistencia de la ingesta a pesar de una clara evidencia de una o varias contraindicaciones o consecuencias dañinas.
- Reiniciación expedita del síndrome después de un período de abstinencia al ponerse de nuevo en contacto con la sustancia.

Definición y criterios similares plantea la Asociación Psiquiátrica Americana (1).

PROPOSICION DE UNA DEFINICION ALTERNATIVA

La visualización integral, posibilitadora de una cabal comprensión de la enfermedad, requiere de una definición holística o totalizadora concordante con el enfoque ecológico que se propone en esta comunicación. Figs. 1 y 2.

DEFINICION ECOLOGICA

La dependencia de drogas es una grave enfermedad sicotóxica, crónica y pandémica, de origen fundamentalmente sociofamiliar, dentro de una heterogénea y dinámica multicausalidad (12). La enfermedad se adquiere en el **medio ambiente nocivo** que rodea al sujeto vulnerable.

Las comprensibles limitaciones de las definiciones clínicas de la dependencia de drogas propuestas por la ICD-10 (15) y el DSM-III-R (1) obligan a formular una definición de aproximación ecológica. Para efectos del modelo holístico que se propone aquí se plantea la siguiente definición:

Es una enfermedad **volitiva**, cuyas características principales son las siguientes:

1. Conducta evasiva, compulsiva, autogratificante y crónica.
2. Incapacidad para cesar la conducta compulsiva por sí mismo.
3. Generalmente, ausencia de conciencia de enfermedad.
4. Mayormente, carencia de motivación genuina para el tratamiento.
5. Tendencia a las recidivas.
6. Desajuste familiar concomitante.

FIG. 1
ENFOQUE ECOLOGICO DEL FENOMENO ADICTIVO

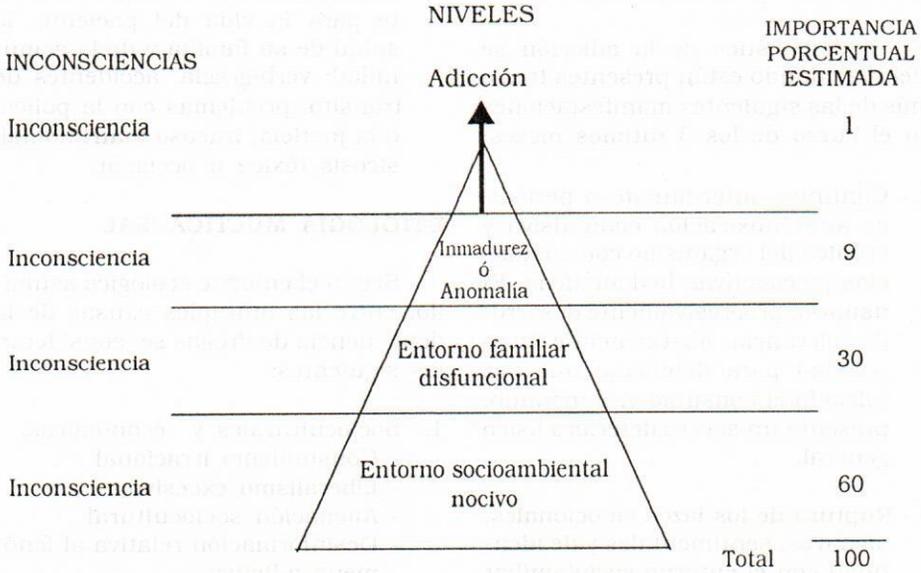
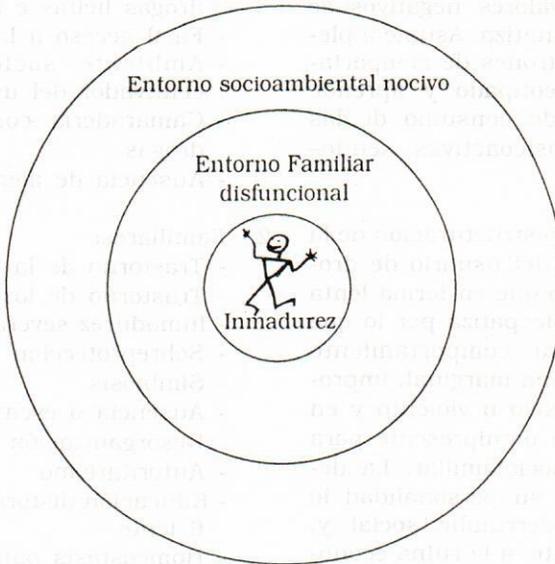


FIG. 2
ENFOQUE ECOLOGICO



EL AMBIENTE HACE AL ADICTO Y EL ADICTO HACE AL AMBIENTE

7. Reforzamiento socioambiental continuo.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El diagnóstico de la adicción se efectúa cuando están presentes tres o más de las siguientes manifestaciones en el curso de los 3 últimos meses:

- 1.- Continua, intermitente o periódica autointoxicación compulsiva y crónica del organismo con sustancias psicoactivas hedonísticas. El usuario, progresivamente desarrolla tolerancia, abstinencia e incapacidad para detenerse una vez iniciado el consumo y, a menudo, presenta un severo deterioro físico general.
- 2.- Ruptura de los lazos emocionales, afectivos, sentimentales y de identidad con el entorno sociofamiliar de soporte.
- 3.- Integración simultánea del usuario a la denominada cultura de las drogas con cuyos símbolos y sistema de valores negativos se identifica o fanatiza. Asume a plenitud sus patrones de comportamiento estereotipado y aprende los rituales de consumo de las sustancias psicoactivas pseudo-liberadoras.
- 4.- Progresiva desestructuración de la personalidad del usuario de drogas, el mismo que en forma lenta o rápida se sicopatiza por lo que finalmente su comportamiento general se torna marginal, improductivo, agresivo o violento y en una amenaza omnipresente para su entorno sociofamiliar. La degradación de su personalidad lo conduce al derrumbe social y, frecuentemente, a la ruina económica.

- 5.- Consecuencias, complicaciones o secuelas individuales, familiares y sociales que convierten a la enfermedad en un riesgo constante para la vida del paciente, la salud de su familia y de la comunidad; verbigracia, accidentes de tránsito, problemas con la policía o la justicia, fracaso matrimonial, sicosis tóxica u occisión.

ETIOLOGIA MULTICAUSAL

Según el enfoque ecológico asumido, entre las múltiples causas de la dependencia de drogas se consideran las siguientes:

- 1.- Socioculturales y económicas:
 - Consumismo irracional
 - Liberalismo excesivo
 - Alienación sociocultural
 - Desinformación relativa al fenómeno adictivo
 - Prevalencia de mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas acerca de las drogas.
 - Fácil disponibilidad de dinero
 - Producción indiscriminada de drogas lícitas e ilícitas
 - Fácil acceso a las drogas
 - Ambiente sociocultural incentivador del uso de drogas
 - Camaradería con usuarios de drogas
 - Ausencia de alerta social
- 2.- Familiares:
 - Trastorno de la comunicación
 - Trastorno de los roles
 - Inmadurez severa de los padres
 - Sobreprotección
 - Simbiosis
 - Ausencia o escasez de afecto
 - Desorganización familiar
 - Autoritarismo
 - Educación distorsionada o insuficiente
 - Homeostasis patológica
 - Patrones de vida ligados al uso

de drogas lícitas o ilícitas

- Ausencia de alerta familiar

3.- Síquicas:

- Estancamiento del desarrollo afectivo-emocional de la personalidad en estadios primigenios
- Desajuste de la personalidad
- Anomalía de la personalidad
- Desadaptación sicosocial

4.- Orgánicas:

- Vulnerabilidad biológica

5.- Genéticas:

- Predisposición genética

6.- Farmacológicas:

- Según la potencialidad adictiva de las drogas

PERSONALIDAD PREMORBIDA DEL ADICTO

Inmadurez afectivo-emocional primaria. Estos sujetos, mayormente, presentan el siguiente perfil psicológico premórbido:

- Suma dependencia síquica: sin autogobierno beneficioso para sí mismo.
- Oralidad: excesiva preocupación emocional por comer
- Necesidad compulsiva de autogratificación emocional
- Baja autoestima (minusvalía)
- Carencia de autoprotección suficiente
- Creencia de omnisciencia: sabelotodo
- Creencia de omnipotencia: que todo lo puede
- Manipulación: la conducta es manipulatoria
- Mitomanía: pensamiento fantástico
- Mendacidad: mentira manipu-

latoria

- Volubilidad: inestabilidad emocional
- Irresponsabilidad
- Pensamiento ilusorio: pensar que las ideas se hacen realidad al instante, fácilmente y por voluntad exclusiva de quien las concibe.
- Sugestionabilidad
- Egotería
- Ausencia o escases de autocrítica
- Soberbia compensatoria
- Intolerancia a la frustración
- Conducta evasiva
- Histrionismo
- Conducta seductora
- Hedonismo: inclinación excesiva al placer
- Impulsividad irrefrenable
- Vehemencia
- Agresividad
- Obstinación: terquedad, necedad
- Crisis de ira: rabietas, pataletas
- Encubrimiento: hábito de ocultar conductas inadecuadas o insanas
- Distraibilidad
- Facilismo
- Ociosidad
- Parasitismo económico
- Inconciencia de inmadurez

EVOLUCION SICOSOCIAL DE LA ADICCION

Desde la perspectiva sicosocial, esta enfermedad evoluciona en cuatro etapas bien delimitadas. A saber:

1.- Encubierta

Se caracteriza por el irreductible ocultamiento de la adicción, primero por el enfermo durante 3 a 6 años aproximadamente. Durante este lapso la conducta adictiva del usuario es subrepticia y pasa desapercibida. Entonces, el enfermo adopta un comportamiento dual (doble vida). En esta prolongada etapa el adicto solapa

intencionalmente el consumo a su entorno sociofamiliar íntimo hasta que finalmente no puede seguir engañando y es detectado. Aún descubierto, pretende negarlo; en todo caso, siempre minimiza la intensidad de su consumo.

2.- Negación familiar

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

3.- Abierta

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

4.- Terminal

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

ENTORNO FAMILIAR

La familia se va enfermando a la par que el usuario. El trastorno familiar evoluciona a través de las siguientes etapas:

1. Ciega.- Desconocen el consumo de drogas entre sus miembros.
2. Negación.- No aceptan que tienen adictos en el seno familiar. Los marginan. Se ocultan mutuamente el fenómeno adictivo.
3. Crisis emocional.- Quiebra afectivo-emocional de la familia: angustia, depresión, frustración o miedo. Son manifestaciones agudas del disturbio familiar.
4. Endosamiento.- Se deshacen del

adicto o intentan liberarse de él de la forma más expeditiva posible. A menudo proceden con extrema irresponsabilidad o temeridad.

5. Bloqueo cognoscitivo.- Estado de torpeza mental o bloqueo intelectual debido a una intensa sobrecarga emocional ("estupidez"). Los familiares actúan cual autómatas y son ampliamente manipulados por el adicto, quien abusa implacablemente ensañándose con los suyos.
6. Aceptación.- Reconocimiento de la adicción por parte de la familia. Empero, se puede estimar que sólo alrededor del 3 % de familiares, espontáneamente busca ayuda profesional y se compromete auténticamente con un programa terapéutico.
7. Desenlace terminal.- Destino final de la familia que no accede a un tratamiento adecuado y oportuno. Presenta las siguientes vías finales comunes:
 - 7.1 Desorganización: su convivencia es caótica.
 - 7.2 Homeostasis patológica: la familia se encuentra síquicamente enferma. Comúnmente sufre depresión, angustia, impotencia o pánico crónicos.
 - 7.3 Desintegración: ruptura familiar. Disolución de la familia.
 - 7.4 Ajuste espontáneo: armonía familiar generada en forma natural, sin ayuda profesional. Solamente un escaso porcentaje de familiares lo logra.

EVOLUCION CLINICA DEL ADICTO

La historia natural de la dependencia de drogas cursa a través de las siguientes etapas y subetapas:

1. Inicial.- Es el comienzo del consumo de drogas lícitas o ilícitas.
2. Habitación.- Acostumbramiento al uso de dichas sustancias y a los ritos de consumo.
3. Dependencia o adicción.- Apetencia incontrolable de drogas. Presenta las siguientes subetapas:
 - 3.1 Antisocial Comportamiento desadaptativo, perturbador y anético.
 - 3.2 Deterioro somático.- Adelgazamiento, palidez y desaliento
 - 3.3 Sicosis.- Trastorno del juicio por efecto tóxico agudo o crónico
4. Desenlace terminal.- Destino final del adicto sin tratamiento adecuado y oportuno. Esta etapa presenta las siguientes vías finales comunes:
 - 4.1 Anomia social: delinque cotidianamente. Abandono social. Marginalidad socio-familiar.
 - 4.2 Mendacidad
 - 4.3 Prisión
 - 4.4 Confinamiento: encierro coercitivo intradomiciliario por iniciativa y acción exclusivamente familiar
 - 4.5 Occisión
 - 4.6 Remisión espontánea

DETECCION PRECOZ DEL ADICTO ENCUBIERTO

El adicto encubierto es el usuario que consume drogas en forma subrepticia, sin que su familia se percate de dicho uso.

En todo caso, la familia equivocadamente valora como "normal" el consumo excesivo de alcohol, fármacos ingeridos mayormente por

automedicación, marihuana o cocaína.

La duración del período de **adicción encubierta** o invisible varía según el tipo de droga. Así por ejemplo, diez a quince años para el alcohol; un promedio de cuatro años para la PBC y 6 años para la cocaína.

Durante este prolongado lapso la familia del adicto encubierto se encuentra en la **etapa ciega** de su evolución y cree prejuiciosamente que "todos pueden caer menos el mío".

Según la experiencia del autor se estima que por cada diez adictos encubiertos o invisibles, hay sólo un adicto visible, es decir que usa drogas abiertamente. En consecuencia, interesa mayormente a la familia, detectar al adicto en la etapa de consumo asolapado, a fin de que pueda procurarle oportuna ayuda médica especializada.

A continuación se presentan sólo algunas de las principales características del adicto encubierto:

1. Ha **cambiado bruscamente** de carácter, sin justificación aparente. Por ejemplo, evidencia irritabilidad, impulsividad, trato hosco, intolerancia o vociferación.
2. Muestra conducta **antisocial**. Contradice todo lo que no concuerda con sus deseos, intereses o modo de pensar. Reacciona con furia desproporcionada y refunfuña como no lo hacía antes. Se ha tornado rebelde sin justificación evidente.
3. Le gusta reunirse con sujetos que evidentemente tienen una **vida descarriada**. Los defiende ardorosamente. Afirma con énfasis

- sis que son sus amigos y que nadie lo va a separar de ellos. Al respecto dice: "me comprenden", "me aconsejan", "son buenos conmigo" o "me ayudan", entre otras justificaciones. Ello indica que él ha ingresado al "círculo de los amigotes".
4. Sus **amigotes lo buscan** con frecuencia desmedida. Lo llaman, lo silvan, le hacen señas o le envían mensajes conminándolo a que salga de su domicilio o del lugar en que se encuentra. El sale aceleradamente a reunirse con ellos.
 5. Se **aburre** de permanecer en casa. Muestra gran inquietud por salir a la calle. Se desespera cuando no lo logra. Virtualmente se vuelve **"adicto a la calle"**: en casa se le observa tal cual si fuera una "fiera enjaulada".
 6. Muestra **cambio en sus horarios** de rutina. Retrasa o altera las horas de retorno a su domicilio sin una real justificación. Empero, persuade a la familia con falacias.
 7. Tiene **doble** vida. Una, aparentemente normal con su familia y la otra, oculta, dedicada a actividades que la familia desconoce. Su otra cara es "invisible". Su vida no es transparente. Tiene "dos caras". Los familiares equivocadamente aceptan este doblez como algo "normal".
 8. Se **acuesta tarde** en la noche y duerme profundamente hasta avanzadas horas de la mañana. Es decir "vive de noche y duerme de día" como el zancudo, la lechuzza o el vampiro que "chupa y vuela".
 9. Suele estar **necesitado de dinero**. Solicita préstamos mediante pretextos espurios. A menudo se encuentra **endeudado**. Demuestra avidez por el dinero. Se intranquiliza sobremanera cuando no lo tiene; entonces se siente desvalido y frecuentemente dice "estoy misio".
 10. **Pierde el interés por el estudio**. Le desagrada estudiar. Tiene bajo rendimiento académico. Falta reiteradamente a clases sin una real justificación. Desaprueba el año académico. Culpa a los profesores de su fracaso, "se me han prendido" refiere. A veces los familiares pagan o se las ingenian para que lo aprueben y lo promuevan de año; según ellos "para que no se retrase".
 11. Muchas veces, los familiares creen ingenuamente que él **solo ingiere licor** y nada más. Por ello afirman: "él es de licor, rechaza la droga"; "sabe que es veneno y que le hace daño"; "le tiene miedo". Otras veces comentan que él "siente asco por esa cochinateda", y agregan: "el licor todo el mundo lo toma".
 12. Los fines de semana compulsivamente asiste a **fiestas** quinceañeras, a bailes, discotecas o conciertos de música estridente. En estos eventos es común el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de drogas ilegales: "ahí corre la droga".
 13. **Celebra** con licor todos los acontecimientos grandes o pequeños; onomásticos, nacimientos, duelos, visitas familiares, despedidas, bodas de plata, encuentros con amigos, fiestas patrias, navidad, año nuevo, carnavales, éxito y hasta si gana o pierde el representante de su deporte favorito.

14. Bebe en **vaso lleno**, pasa el licor prácticamente de un solo sorbo sonoro, como si su garganta fuera de un ancho caño. Ya no saborea la bebida ni bebe a pocos. A menudo le llaman "trago largo".
15. También **bebe aceleradamente**, para ello se solapa haciendo beber a los demás. A cada momento les dice salud, así su vaso queda vacío y se lo vuelven a llenar o él mismo se sirve discretamente.
16. En forma casual, se le encuentran **algunas señales** de que ha fumado pasta básica de cocaína (PBC): palos de fósforo quebrados por la mitad, cabezas de palos de fósforo, filtros de cigarrillos comunes, pequeños papeles con residuos de un polvo blanco-amarillento, colillas de cigarrillo y tabaco suelto. A veces se pierden de la casa cajas enteras de fósforo.
17. Durante la reunión social acude frecuentemente al baño, dentro del cual se escucha que aspira algo por la nariz. Lo puede hacer sólo o acompañado.
18. En estado de ebriedad ingresa a un lugar privado: baño, dormitorio, etc; y al salir ha desaparecido en él la embriaguez. Nuevamente, se encuentra despejado y lúcido ("parado").
19. También acostumbra el uso combinado de perfumes, colonias o lociones. Se las aplica en cantidades exageradas y con mucha frecuencia.
20. Al siguiente día de una juerga estornuda con frecuencia. Hace sonar excesivamente la nariz, expulsando abundante secreción mucosa en el baño o en cualquier

otro lugar. Igualmente, durante la mañana siguiente, su voz es ronca y un tanto apagada.

EL ADICTO

El usuario compulsivo de drogas, en el estadio avanzado o terminal de la adicción presenta frecuentemente las siguientes características:

1. Es un **enfermo de la voluntad** principalmente.
2. Mayormente, **carece de voluntad** suficiente para cesar el consumo por sí mismo.
3. **Carece de conciencia de enfermedad**: no se siente enfermo y por el contrario se siente la persona más saludable.
4. Su personalidad es profundamente **inmadura** (infantil) o anormal.
5. **Miente** con suma destreza.
6. Es manirroto. **derrocha** el dinero que tiene a su disposición.
7. Es **cínico y simulador avezado**.
8. Si carece de dinero no vacila en delinquir a fin de obtenerlo.
9. Se muestra **insensible**. Carece de valores éticos y morales.
10. Mayormente es **agresivo**, destructivo, cruel, violento o feroz.
11. Es **omnimanipulador**. A menudo se cree **omnisciente, omnipotente e intocable**.
12. Generalmente **rechaza** o menosprecia a las personas que no son usuarias de drogas.

13. Frecuentemente detenta todo el **poder familiar** ejerciéndolo en forma destructiva o tiránica.
14. **Rompe** los vínculos afectivos con su familia.
15. Se **automargina** de la vida familiar.
16. Se **autodestruye** y destruye a su familia.
17. En **estado terminal** es un grave peligro para sí mismo, su familia y la comunidad.
18. Mayormente, **no acepta** el tratamiento. Lo rechaza, lo boicotea o simula aceptarlo por breve tiempo, luego lo abandona o desestima.
19. Su curación definitiva siempre es compleja y a **largo plazo**.
20. Tiende a la **recidiva** si no existe un adecuado y sostenido control familiar.

SINDROME TERMINAL

En el estado final, el entorno familiar y el paciente se caracterizan por presentar las siguientes manifestaciones clínicas y sicosociales:

Familia:

- Crisis afectivo-emocional
- Bloqueo cognoscitivo
- Ruina moral
- Desorganización
- Inminencia de desenlace trágico
- Homeostasis patológica
- Autoestigmatización social
- Ruina económica
- Desesperanza
- Desintegración

Paciente

- Omnimanipulación
- Omnipotencia
- Simulación
- Deterioro del juicio de realidad
- Desestructuración de la personalidad
- Severo deterioro orgánico
- Derrumbe social
- Tiranía
- Perversidad
- Comportamiento antisocial incontrolable
- Ruina económica
- Potencialidad criminal elevada
- Inminencia de ocisión

MODELO ECOLOGICO DEL TRATAMIENTO DE LA ADICCION

Criterios de Inclusión:

- Dependientes de drogas lícitas e ilícitas
- Presencia o ausencia de sicopatía primaria
- Presencia o ausencia de otras entidades psiquiátricas
- Existencia de tratamiento

Criterios de Exclusión:

- Carencia de soporte familiar
- Presencia de patología orgánica-cerebral aguda
- Existencia de enfermedades infecto-contagiosas
- Presencia de patolog crónica.

EVALUACIONES INTERDISCIPLINARIAS

- Clínica: de medicina interna, neurología, cardiología, otorrinolaringología y neumología.
- Sicológica: evaluación síquica integral
- Social: evaluación socioeconómica de la familia

- Física: condiciones y capacidades físicas.

EXAMENES AUXILARES

- Hemograma completo
- Hemoglobina
- Hematocrito
- Glucemia
- Creatinina
- Proteínas totales y fraccionadas
- V.D.R.L.
- Transaminasas y fosfatasa alcalina
- Examen toxicológico: determinación de metabolitos de drogas.
- Elisa (H.I.V.)
- Examen completo de orina
- EEG.
- EKG
- Rx de pulmones

REGISTRO DE LA INFORMACION

Instrumentos semiestructurados y estructurados elaborados para el registro sistemático de la información:

- Ficha de demanda espontánea
- Ficha de admisión
- Historia clínica semiestructurada
- Ficha de evaluación clínica inicial y final de la familia
- Ficha de evaluación clínica de la personalidad del adicto con más de un año de abstinencia.
- Ficha de reincidencias
- Ficha de seguimiento
- Ficha de retiro voluntario
- Ficha de alta

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

1.- En la familia:

- Desarrollo de conciencia cabal de la enfermedad adictiva

- Cese del rol de manipulables y de manipuladores
- Revertir la relación de poder familiar detentado por el enfermo.
- Extinción de los patrones de comportamiento adictivo prevalentes en la familia.
- Remisión de la homeostasis patológica
- Desarrollo óptimo de la madurez y de la armonía funcional del entorno familiar.

2.- En el paciente, desarrollo de la madurez de la personalidad con las siguientes características:

- Autoestima
- Autonomía
- Autoprotección
- Autosuficiencia
- Identidad
- Autocrítica
- Autocontrol
- Autodisciplina
- Responsabilidad
- Albedrío consciente
- Organización del tiempo
- Perseverancia
- Productividad
- Proyecto de vida.

PROCESO TERAPEUTICO

Básicamente, el proceso terapéutico integral comprende los siguientes aspectos:

- Desintoxicación
- Tratamiento del síndrome adictivo y de la psicopatología subsecuente.
- Rehabilitación del paciente
- Desarrollo de madurez afectivo-emocional
- Desarrollo de armonía familiar

EVOLUCION DEL PROCESO TERAPEUTICO

Síndrome de sicopatización	Síndrome motivacional
Sin voluntad real para aceptar tratamiento	Aceptación voluntaria del tratamiento
Sin conciencia de enfermedad	Conciencia enfermedad
Proced. terapéuticos coercitivos alternativos.	Proced.terapéuticos convencionales.
Familia	Paciente
Autoriza y se compromete con el tratamiento	Autoriza y se compromete con el tratamiento

ETAPAS DEL TRATAMIENTO DURACION

- I. Preparación familiar 1 - 3 meses
- II. Protección ambiental 1 - 2 años
 1. Programa A (Ambulatorio)
Control familiar ambulatorio rígido
 2. Programa R (Radical)
Aislamiento protector coercitivo
Aislamiento protector voluntario
- III. Rehabilitación y reeducación integral del paciente. Hasta 5 años
- IV. Seguimiento Hasta 10 años

OBJETIVOS DE CADA ETAPA

- I. De la preparación familiar:
 - Suministrar **información** cabal relativa al tratamiento
 - **Tranquilizar** al núcleo familiar aportándole seguridad, confianza y expectativas realistas de resultados beneficiosos a corto, mediano y largo plazo.
 - **Erradicación** de los mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas prevalecien-

tes en el entorno familiar acerca de las drogas, la adicción, el tratamiento, la rehabilitación y la prevención.

- Desarrollar plena **conciencia** familiar respecto al fenómeno adictivo que los afecta.
- Iniciar la modificación de los patrones de comportamiento y de las actitudes familiares patológicas que en forma inadvertida cronifican o **mantienen** la conducta adictiva del usuario.
- **Integración** de la familia a la Asociación de Familiares, con fines terapéuticos y de soporte social.
- **compromiso** genuino de la familia con el programa terapéutico que la familia se compromete a aplicar.
- **Firma** del compromiso y autorización familiar del tratamiento.

II.- De la protección ambiental:

- Del aislamiento protector coercitivo:
 - . Cese drástico de la ingesta de la sustancia sicotóxica. Aislamiento radical del adicto para

protegerlo de los estímulos nocivos procedentes del entorno sociofamiliar. Protección del paciente contra los riesgos y complicaciones inminentes de la enfermedad.

. Protección del entorno familiar de los riesgos imprevisibles del grave comportamiento psicopático del usuario.

. Deprivación musical selectiva con el objetivo de cesar la hiperestimulación del enfermo, principalmente por la música estridente. Contribuir a controlar el síndrome de abstinencia

. Sedación moderada del paciente por un período de 3 a 6 meses.

. Cese de la crisis afectivo-emocional del entorno familiar.

. Desintoxicación por deprivación del uso de drogas

. Remisión del síndrome de abstinencia

. Remisión del síndrome adictivo

. Remisión del síndrome amotivacional

. Remisión del síndrome psicopático

. Remisión del síndrome de manipulación

. Remisión del síndrome de simulación

. Supresión del riesgo de fuga

. Supresión del riesgo de recidiva en el consumo

. Descondicionamiento del hábito de usar drogas

. Desarrollo de conciencia de enfermedad

. Desarrollo de motivación para el tratamiento

. Desarrollo de insight.

- Del aislamiento protector voluntario:

. Lograr compromiso del enfermo con el tratamiento

. Reeducación integral del paciente: forjarle autodisciplina, autocontrol y el desarrollo de la volición.

. Desarrollar la creatividad del sujeto

. Inicio de la reinserción progresiva al entorno sociofamiliar

. Concientización de los efectos autodestructivos de las drogas

. Desarrollo de autoprotección

. Desarrollo de la madurez afectivo-emocional

III.- De la Rehabilitación Integral:

- Reeducación del paciente y su familia

- Reinserción familiar

- Reinserción social

- Reinserción ocupacional

- Reeducación del paciente y su familia.

IV- Del Seguimiento:

- Mantenimiento de logros obtenidos

- Prevención de la reincidencia en el consumo

- Prevención del desajuste familiar

- Vigilancia a largo plazo

- Reajuste de regresiones en la evolución

INDICACIONES DE LOS PROGRAMAS TERAPEUTICOS DEL MODELO ECOLOGICO

Programa A ambulatorio, en caso de:

- Inicio reciente

- Intensidad moderada

- Etapa de protección voluntaria

Programa R radical, en caso de:

- Avanzado curso
- Intensidad severa o grave
- Recidiva.

PROGRAMA A

- 1.- Terapia familiar y multifamiliar
- 2.- Administración selectiva subrepticia de haloperidol: 30 a 90 mgr/día, a fin de provocar el síndrome extrapiramidal y así posibilitar la inserción en el tratamiento.
- 3.- Sedación moderada con neurolépticos en dosis convencionales durante 3 a 6 meses.
- 4.- Control familiar supervisado por el médico tratante, con fines de proveer de protección coercitiva al paciente contra los síndromes adictivo y sicopático.

Se procede mediante la **supresión drástica** de las siguientes costumbres, conductas y actitudes inadecuadas o malsanas:

- Suministro de dinero al usuario
- Credibilidad en él
- Compañías malsanas
- Uso de drogas lícitas en el hogar
- Albedrío irresponsable
- Fiestas o recreaciones riesgosas e insanas
- Uso de teléfono
- Confianza, tolerancia y permisividad
- Genuflexión e ingenuidad
- Temor
- Conmiseración
- Manipulación
- Privilegios y concesiones benevolentes
- Adquisición de bienes materiales superfluos en favor del paciente
- Televisión y otros equipos de comunicación electrónica
- Diálogo necio e improductivo
- Tolerancia de abusos, chantajes o maltratos
- Encubrimiento de conductas inadecuadas o insanas

- Bulimia
- Hábitos alimentarios malsanos

5.- Reeducación familiar:

- Establecimiento de roles definidos
- Aprendizaje de conductas saludables
- Utilización adecuada del tiempo libre
- Aprendizaje de comunicación verbal y no verbal abierta
- Aprendizaje del sano esparcimiento
- Desaprender rol de manipulables y de manipuladores
- Desarrollar la madurez del grupo familiar
- Lograr la armonía familiar

6.- Procedimiento terapéuticos para el paciente:

- Lectura terapéutica
- Grafoterapia
- Arteterapia
- Recreoterapia: conducida por el terapeuta físico
- Terapia grupal
- Terapia individual
- Musicoterapia.

PROGRAMA R

El programa radical (drástico) se aplica tanto en el internamiento hospitalario como en el internamiento domiciliario. En forma progresiva y/ o simultánea se interviene mediante los siguientes procedimientos:

Procedimientos con el paciente:

- Habilitación de una habitación especial de alta seguridad, exenta de riesgos de autogresión, heteroagresión y de fugas.
- Sedación mediante técnicas de administración subrepticia de haloperidol u otros neurolépticos

- en dosis convencionales
- Aislamiento protector coercitivo prolongado de uno a tres años de duración.
- Sedación moderada por un período de uno a seis meses mediante el uso de neurolépticos: haloperidol, clorpromazina o levomepromazina en dosis convencionales.
- Supresión del contacto directo del paciente con su familia por un período prolongado, hasta la remisión de la crisis emocional familiar.
- Desarrollo de insight.
- Deprivación de la música estridente
- Terapia individual: confrontación con la realidad del "aquí y ahora" y con las posibilidades de su futuro personal.
- Terapia de grupo: confrontación y reeducación supervisada.
- Lectura terapéutica: educativa, culturizante e informativa.
- Terapia ocupacional intensiva: grafoterapia, arteterapia, manualidades, etc.
- Recreoterapia
- Ludoterapia
- Contacto familiar inicialmente supervisado
- Neutralización de la conducta manipuladora del enfermo.
- Reeducación integral intensiva
- Aislamiento protector voluntario prolongado hasta el logro de la autoprotección.
- Terapia familiar
- Terapia unifamiliar
- Terapia familiar múltiple
- Paseos familiares supervisados
- Aplicación de técnicas de modificación de la conducta para aquellas desadaptativa o desajustada.
- electrónica con la finalidad de viabilizar una adecuada comunicación humana intrafamiliar.
- Erradicación drástica de todo tipo de consumo de drogas lícitas o ilícitas en el hogar: nicotina, alcohol o automediación con fármacos.
- Erradicación de la literatura pornográfica o frívola y sustitución de éstas por literatura educativa.
- Cese inmediato del suministro de dinero al paciente.
- Modificación de los comportamientos patológicos prevalentes en el entorno familiar: simbiosis, sobreprotección, autoritarismo, manipulación o utilitarismo.
- Modificación de los roles distorsionados: figuras paternas ausentes, punitivas, asistencialistas, complacientes o excesivamente tolerantes.
- Modificación de conductas desajustadas: conflictos cotidianos, indiferencia o conducta derrochadora.
- Extinción de las conductas adictivas: adicción al alcohol, al trabajo, al juego, a la vida de club, a la televisión o a la música estridente.
- Terapia familiar múltiple, una vez por semana
- Reeducación familiar integral
- Organización de la asociación de familiares.

RECIDIVA

Las reincidencias en el consumo, se deben, probablemente, a las siguientes causas:

- Persistencia de la inmadurez profunda en el sujeto y en su entorno familiar.
- Prelación de conductas encubridoras en el paciente y en su familia.
- Ausencia de conciencia de enfermedad en el paciente

Procedimientos con la familia:

- Deprivación de la comunicación

- Carencia de compromisos del entorno familiar con la rehabilitación del usuario.
- Persistencia de la manipulación y la mendacidad en el seno familiar.
- Cronificación de los trastornos de comunicación intrafamiliar.
- Desajustes familiares crónicos
- Ausencia de alerta y de control familiar
- Exceso de confianza en el paciente
- Permisividad con el paciente. Verbigracia: dejarlo salir solo fuera del hogar precozmente.
- Negación de la posibilidad de reincidencia en el consumo, por parte del paciente y de su familia.
- Creencia errónea de que el usuario está sano.
- Presencia de liberalismo excesivo o libertinaje en el entorno familiar.
- Tolerancia del uso de drogas lícitas en el seno familiar.
- Fácil disponibilidad de dinero.
- Tolerancia de compañías malsanas.
- Concurrencia a lugares de expendio y consumo de drogas ilegales "para probarse".
- Sobrevaloración del autocontrol por parte del paciente.
- Uso del tiempo libre en función del hedonismo
- Sicopatía primaria
- Ausencia de previsión de las recaídas en los programas terapéuticos.
- Ausencia de programa terapéutico conducido por especialistas.
- Falta de experiencia del equipo terapéutico.

DESERCION

Las probables causas de la deserción, entre otras son:

- Inmadurez afectivo-emocional profunda del adicto
- Ausencia de conciencia familiar de la adicción
- Prolongada duración del proceso terapéutico, de la rehabilitación y la reeducación.
- Resistencia familiar a la modificación de patrones de convivencia patológica y de los estilos de vida malsanos.
- Rigidez del tratamiento
- Persistencia del poder manipulador del enfermo
- Creencia errónea en el sentido de que el paciente ya se encuentra sano.
- Frustración de la expectativa de "cura mágica", breve o fácil.
- Ausencia de educación familiar.

CRITERIOS DE ALTA

Los criterios de alta son los siguientes:

- 1.- Abstención total del uso adictivo de drogas ilícitas o lícitas, alcohólicas y no alcohólicas durante 10 años
- 2.- Desarrollo de madurez afectivo-emocional en el paciente y en su familia.
- 3.- Asunción de roles familiares y sociales adaptativos.
- 4.- Productividad efectiva continuada.
- 5.- Funcionamiento familiar armónico.

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition- Revised. (DSM III-R), Washington, DC, APA.
2. BATESON G (1985) Pasos hacia una ecología de la mente, Educaciones Carlos Lohlé. Buenos Aires.
3. FREIXA F & SOLER-INSA PA (1981) Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario, Editorial Fontanella, Barcelona.
4. MINUCHIN S & FISHMAN H (1984) Técnicas de terapia familiar. Editorial Paidós. Barcelona.
5. MINUCHIN S (1985) Caleidoscopio Familiar. Editorial Paidós. Barcelona.
6. MINUCHIN S (1986) Familias y terapia familiar (5ta.ed) Editorial Cedisa. Buenos Aires.
7. NAPURI H (1976) "Psicoterapia familiar en pacientes dependientes de drogas". Anales del IV Congreso Nacional de Psiquiatría: 222-225. Lima.
8. NAVARRO R; AREVALO M; YUPANQUI M; GIRON M; GENG J; BELLETI A & VALDIVIA G (1986) "Programa de modificación del comportamiento y seguimiento de pacientes". En Seminario -Taller "Técnicas terapéuticas en Farmacodependencia". Instituto Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud: 138-162. Lima.
9. NIZAMA M (1989) Tratamiento Ecológico de la dependencia de drogas. Imprenta Valdivia, Lima.
10. NIZAMA M (1991) Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis Doctoral. Lima.
11. SAAVEDRA A; CACHAY C; ANGELES V; SANEZ V; MAGAN M A; PONCE M E; LAVARELO H; GONZALES B; VALDIVIESO G & ZUMARRIBA G (1991) Modelo biopsicosocial para el afronte de pacientes farmacodependientes. Protocolo de investigación del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Ministerio de Salud. Lima.
12. SANCHEZ E; TORREJON B & GARCIA M. (1982) "Seguimiento de una cohorte de farmacodependientes en el Centro de Rehabilitación de Ñaña". Anales del VII Congreso Nacional de Psiquiatría: 288-294. Lima.
13. VAILLANT G (1970) "The Natural History of Narcotic Drug Addiction". Seminars in Psychiatry, 2: 486-498.
14. WALDORF D (1970) "Life Without Heroin: Some Social Adjustments During Long-term Periods of Voluntary Abstinence". Social Problems, 18: 228-242.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989) Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F10-F19): Mental and Behavioural Disorders.

*Dirección Postal: Torre de Consultorios No. 303 Clínica Anglo Americana.
Alfredo Salazar 314 - San Isidro - Lima 27*