

ESTUDIO FENOMENOLOGICO DESCRIPTIVO DE 120 PACIENTES DEPENDIENTES PRINCIPALMENTE DE PASTA BASICA DE COCAINA

Martín NIZAMA (*)

PALABRAS CLAVE : Pasta Básica de Cocaína - Fármacodependencia.
KEY WORDS : Basic Cocaine Paste - Drug dependence.

Se efectuó un estudio clínico fenomenológico descriptivo en dependientes principalmente de pasta básica de cocaína (PBC) en Lima, en el lapso de 12 años comprendidos entre 1977 y 1989, con el objeto de contribuir a la descripción y sistematización de la dependencia de PBC y establecer el rol del entorno familiar y social en la génesis y cronificación de esta entidad nosológica. Para el efecto, se estudian 120 pacientes principalmente dependientes de PBC, seleccionados mediante criterios generales y específicos definidos utilizando dos instrumentos: el Cuestionario Estructurado y la Historia Siquiátrica formal. Los resultados, adecuadamente sistematizados, posibilitaron describir la historia natural de esta enfermedad adictiva, identificando las etapas y subetapas de la misma así como su curso y cronología. Asimismo, se describe y sistematiza la evolución sicopatológica paralela del entorno familiar y aspectos generales del ambiente socio-cultural nocivo, interrelacionados con el curso evolutivo de la dependencia de PBC. Los pacientes presentaron, entre otras características, una personalidad premórbida profundamente inmadura, que los tornó vulnerables primeramente a la exposición y uso de drogas lícitas, las mismas que se constituyen en las vías de acceso común al consumo de una o múltiples sustancias psicoactivas ilícitas, entre ellas, la PBC, lo que explica la complejidad clínica fenomenológica de esta enfermedad.

A DESCRIPTIVE PHENOMENOLOGIC STUDY OF 120 PATIENTS MAINLY DEPENDENT TO BASIC COCAINE PASTE

A phenomenological and descriptive clinical study was carried out on primarily dependents to basic cocaine paste (PBC) in Lima over a period of 12 years, between 1977 and 1989, with the object of contributing to the clinical description and systematization of PBC dependence and to establish the role of the family and social environment in the pathogenesis and chronification of this nosologic entity. 120 patients, primarily dependent to PBC were studied. Selection was made according to preestablished general and specific criteria using two instruments: the Structured Questionnaire and a Formal Psychiatric History. The results, adequately systematized, made possible the description of the natural history and the identification of stages and sub-stages of this disorder as well as its clinical and chronological course. Besides, the family and socio-cultural psychopathological evolution is described and systematized. The patients presented, among other characteristics, a pre-morbid personality deeply immature, which first became vulnerable to the exposure and use of licit drugs which prepare the way towards the consumption of one or multiple psychoactive illicit substances, primarily PBC. All this explains the complex phenomenology of this disorder.

(*) Jefe del Dpto. de Fármacodependencia INSM "HD-HN".

1. INTRODUCCION

La coca es un arbusto lináceo oriundo de los Andes Orientales de América del Sur, perteneciente al género *Erythroxylon* (*Erythroxilum*), que comprende aproximadamente 250 especies, de las cuales sólo la *E. coca* tiene a la vez dos variedades: *E. coca* var. *coca* y *E. coca* var. *Ipadú*; esta última cultivada en Brasil. La *E. coca* var. *coca*, a la que comúnmente se le denomina coca, es la que en la actualidad se cultiva en la Ceja de Selva y Selva Alta del Perú, entre los 700 y 2000 metros sobre el nivel del mar, con un promedio de 4 cosechas al año (10).

En relación a la oferta, el Perú es el primer productor mundial de hoja de coca, aportando entre 50 y 75% del volumen total de la recolección, con un promedio de 60%, seguido de Bolivia y Colombia (21,50). Mientras que en el Perú y Bolivia se cultiva el 90% de la hoja de coca recolectada, Colombia refina alrededor del 80 % de cocaína que se exporta principalmente a los Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Asia (50).

La expansión del cultivo de coca comenzó en el Perú en 1975, y a partir de 1978 se inició en el país la elaboración de cocaína en proporciones industriales para efectos de exportación, constituyéndose así en un fenómeno preocupante para la comunidad nacional (38,50).

Dependientes antiguos de PBC, comunicaron al autor que esta droga inicialmente, fue objeto de uso recreacional por parte de los trabajadores que elaboraban el clorhidrato de cocaína en los laboratorios clandestinos. Jeri (25) refiere que alguno de sus pacientes le aseguraron haber comenzado a usar la PBC desde 1965. Sin embargo, se puede considerar que recién a partir de 1970 se generalizó su consumo en el Perú y Bolivia simultáneamente.

En relación a los antecedentes del estudio, en 1972 se registraron los primeros internamientos por dependencia de PBC en los hospitales "Victor Larco Herrera" y "Hermilio Valdizán" de Lima (35,38,40). Los primeros informes de pacientes fueron publicados por Jeri (23) en 1976. Almeida (1) en 1978, esbozó en su casuística de 74 pacientes un perfil de la historia natural de la enfermedad. Llerena, Oliver y Campana (29) estudiaron 17 pacientes dependientes de PBC, indicando que el 100 % presentó conducta antisocial. Nizama (37) en 1979, estudió 24 pacientes describiendo la fenomenología clínica, historia natural y subcultura de las drogas.

En Bolivia, Aramayo y Sánchez (3) en 1980 estudiaron 20 pacientes dependientes de PBC, describiendo algunas manifestaciones semejantes y otras discutibles a la luz de investigaciones peruanas. Castillo (8) el mismo año, revisó las características de la farmacocinética de la dependencia de PBC y cocaína, encontrando que se alcanzaban concentraciones similares al fumar PBC y al inyectarse clorhidrato de cocaína por vía endovenosa.

Jeri (24) en 1985, estudió 389 usuarios de PBC y clorhidrato de cocaína; efectuó un análisis sobre el síndrome de PBC y lo sistematizó en cuatro fases: euforia, disforia, alucinosis y sicosis evidenciándose, además, que la PBC es facilitadora del desarrollo de numerosas afecciones somáticas.

Fabiani (13) en 1987, analiza el consumo de y lo compara con el "crack" americano, reportando manifestaciones similares en la intoxicación aguda y crónica.

Navarro (35) en 1988 reporta los resultados de 223 casos clínicos de dependencia de PBC, estudiados en forma retrospectiva encontrando las fases prodrómica y post crítica; asimismo describe un síndrome de abstinencia y el comportamiento del consumidor.

En 1990, Jeri (25) en una monografía sobre dependencia de PBC, aborda las características clínicas y fenomenológicas de esta adicción; así como algunos aspectos del entorno social y familiar, aunque no sistematizados adecuadamente; también aborda algunos aspectos de sus efectos económicos, laborales, delictivos, comunitarios y ecológicos.

Si bien los estudios clínicos realizados hasta la actualidad (1,3, 25,35,37), han descrito y estructurado, en parte la fenomenología clínica de esta enfermedad adictiva, aún queda mucho por sistematizar de la fenomenología clínica del paciente y de su entorno familiar y social.

Por lo tanto, este estudio tiene el propósito de identificar, definir las etapas y subetapas clínicas de la historia natural de la dependencia de PBC, así como su curso evolutivo y cronología, reconocer el consumo previo de otras sustancias psicoactivas e indagar acerca del uso asociado a otras drogas. Asimismo, describir y sistematizar la fenomenología clínica concomitante del entorno familiar, especificar algunos aspectos de la oferta, reconocer determinadas actitudes y comportamientos sociales, además de señalar algunas características peculiares de la subcultura del ambiente del adicto.

2. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPOTESIS

La hipótesis planteada en el estudio fue la siguiente: El entorno socio-familiar nocivo asociado a inmadurez afectivo-emocional de la personalidad del individuo, predisponen a la adquisición de la adicción a PBC.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 General

Elaborar un modelo de historia natural de la dependencia de PBC.

2.2.2 Específicos

a) Describir las características fenomenológicas y clínicas del paciente principalmente dependiente de PBC.

b) Describir la historia natural de la dependencia de PBC.

c) Describir las características del ambiente sociofamiliar de los pacientes dependientes principalmente de PBC.

d) Describir las probables relaciones clínico-ecológicas de la historia natural del proceso adictivo.

e) Describir los principales mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas relacionadas con el consumo de drogas en la población estudiada, así como en sus familiares.

3- MATERIAL Y METODOS

Se efectúa un estudio transversal, observacional y descriptivo de 120 pacientes que presentaron, principalmente, dependencia de PBC, 118 varones y 2 mujeres, durante un período de 12 años comprendido entre diciembre de 1977 y diciembre de 1989.

3.1 MUESTRA

Los sujetos de estudio procedieron de diferentes servicios asistenciales: 100 de la práctica particular del autor y 20 de los siguientes centros asistenciales estatales de Lima: Hospital "Victor Larco Herrera", "Hospital Cayetano Heredia". Centro de Salud Mental "Honorio Delgado" e Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" y las clínicas particulares "San Martín de Porras" y "Mariátegui".

El grupo estudiado, está constituido por 61 dependientes de múltiples drogas y 59 dependientes sólo de PBC combinada con tabaco. Según la modalidad de atención, 105 sujetos fueron pacientes ambulatorios y 15 internos en algunos de los nosocomios estatales y clínicas particulares antes mencionadas.

3.2 SELECCION DE PACIENTES

Se captaron los primeros 10 pacientes de cada año, en forma secuencial, no aleatoria, con el objeto de asegurar la equidad en la distribución temporal de la casuística estudiada y evitar de esta manera distorsiones en la identificación de las diversas variables comprendidas en la fenomenología clínica observada.

3.2.1 Criterios de inclusión

a- Sujetos que presentan adicción sólo a PBC o asociada a otras dependencias de sustancias psicoactivas.

b- Pacientes que asisten solos o acompañados a cuatro entrevistas sucesivas o con intervalos no mayores de tres meses entre cada entrevista, sean sujetos NO MOTIVADOS, SEUDO-MOTIVADOS, AMBIVALENTES o MOTIVADOS para recibir atención médica.

3.2.2 Criterios de exclusión

a- Casos que presentaban enfermedades infecto-contagiosas, verbigracia: tuberculosis pulmonar activa o lúes, entre otras.

b- Sujetos con antecedentes de traumatismo encefalo-craneano y otros síndromes orgánico-cerebrales agudos o crónicos.

c- Pacientes sometidos a tratamiento psicofarmacológico en el momento de la entrevista.

d- Portadores de diagnóstico psiquiátricos mayores asociados.

3.3 INSTRUMENTOS

3.3.1 El cuestionario estructurado

Fue elaborado y redactado principalmente en la replana sui generis de los usuarios. Se utilizaron las mismas expresiones y giros idiomáticos mediante los cuales estos pacientes acostumbra a comunicarse entre sí. El formato original con el glosario correspondiente, no es posible incluirlo en la presente comunicación, dada su extensión.

El cuestionario fue ensayado previamente en un estudio piloto efectuado en 30 pacientes con dependencia de PBC. Así, se perfeccionó la estructura del instrumento, se homogenizó la terminología y se adecuaron las preguntas a la cabal comprensión y al singular comportamiento del usuario.

3.3.2 La historia psiquiátrica.

A cada paciente se le elaboró una historia psiquiátrica convencional, orientada hacia el área de la dependencia de drogas, con énfasis en los datos de personalidad premórbida, patrones de comportamiento individual, el entorno sociofamiliar, así como en la historia natural de la dependencia de PBC. Igualmente, se recogió información acerca del sistema de actitudes, creencias, prejuicios y mitos prevalentes en el enfermo, en la familia y su grupo social conexo relativo a las drogas y su consumo, concluyendo con el examen mental.

3.4 METODOLOGIA

La metodología empleada fue la entrevista, mediante la anamnesis directa e indirecta.

3.4.1 Estudio del individuo

El autor entrevistó individualmente a los enfermos en 4 oportunidades.

Cada entrevista duró un promedio de dos horas de las cuales el paciente tuvo diez minutos de descanso. Durante las dos primeras entrevistas se aplicó el cuestionario y en las últimas se elaboró la historia siquiátrica formal, primero con el paciente y luego con su familia.

3.4.2 Estudio de la familia

El estudio del entorno familiar se efectuó a través de los dos instrumentos con los que se realizó la investigación.

El cuestionario estructurado incluye la evolución del comportamiento familiar referido por el paciente en que se indaga el grado de conocimiento, al igual que los comportamientos y actitudes de la familia acerca del fenómeno adictivo. Asimismo, en la elaboración de la Historia Siquiátrica formal se entrevista a los familiares acompañantes recogiendo principalmente información relativa al ambiente sociofamiliar.

a) Aplicación del cuestionario

El entrevistador, en presencia del paciente, llenó los datos de la sección I: "Condiciones de la Primera Entrevista" en el cuestionario que él manejaba directamente. Seguidamente, hacía entrega de un ejemplar del instrumento al sujeto entrevistado, le indicaba leer las instrucciones y contestar el cuestionario en la replana de su dominio. El entrevistador registraba en forma fidedigna las respuestas del entrevistado absolviendo al mismo tiempo las dudas de éste. Concluidas las entrevistas, el cuestionario se daba por contestado íntegramente.

b) Historia siquiátrica

Se elaboró en forma exhaustiva, primero con el paciente y luego con la familia, utilizando en ambas el lenguaje convencional.

4. ANALISIS DE LA INFORMACION

Una vez completada la captación de pacientes se procedió a sistematizar la información mediante escalas nominales ordinales y de intervalo.

El análisis estadístico se efectuó principalmente a través de frecuencias y porcentajes.

5. RESULTADOS

Los principales hallazgos obtenidos fueron:

5.1 ACTITUDES DEL PACIENTE EN RELACION A LA CONSULTA

Asistencia a la entrevista: En compañía de sus familiares, 86.7%; solamente asistieron los familiares, 8.3 %; y paciente solo, 5.0%.

Actitud motivacional ante el tratamiento: Sin motivación, 85.7 %; pseudomotivación, 6.6%; ambivalencia, 4.6%; y con motivación genuina, 3.1%.

5.2 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

Edad: Rango: 14-48 (24.1 ± 5.6 años); población mayormente afectada: 15-29 años con el 84.2%.

Sexo: Varones, 98.3% y mujeres, 1.7%.

Procedencia: Lima metropolitana y Callao, 95%; de algunos otros departamentos, 5%. Distrito que aportó la mayor proporción de pacientes: La Victoria con el 10%.

Grado de instrucción, características económicas y ocupacionales: Educación secundaria completa o incompleta; 65%; instrucción superior completa o incompleta, 35%; población económicamente activa, 88.3%; Desocupados, 53.3% y ocupados, 35.0 %.

Estado civil: Solteros, 65.0%; casados, 19.2%; separados o divorciados, 10.8% y convivientes, 5.0%.

Tipo de familia: Nuclear, 58.3% 82.9 %, nuclear paterna; incompleta, 14.2%; agregada, 11.7%; matrimonio, 10.8% y vive solo, 5.0%.

Número de hermanos y orden de prelación natal: Con 3 hermanos, 20.8 %; hijo último, 42.5%; intermedio, 38.3%; primogénito, 15.0% y único, 4.2%.

5.3 ANTECEDENTES DE LA DEPENDENCIA DE PBC

5.3.1 Consumo de drogas lícitas:

Primera droga que experimentaron los 120 pacientes en su historia de consumo: Alcohol, 80.8% y nicotina, 19.2%.

5.3.2 Consumo de drogas ilícitas

a- Edad de inicio: Rango: 11-35 años; mayor proporción de edad de inicio, entre los 13 y 17 años con 76.6 % de la población; edad promedio, 16.1 ± 3.9 años. Inicio con marihuana: Entre los 13 y 15 años, 68.75%.

b- Tipo de droga de inicio: Marihuana, 86.7%; PBC, 7.5% y otros, 5.8 %.

c- Acción clínica del espectro de drogas usadas previamente: Estimulantes, 43.7%; alucinógenos, 24.8%; depresores, 21.8%; euforizantes, 9.5% y otros, 0.2%.

d- Dependencias previas: Una o más dependencias previas, 55.8% y ninguna 44.2%.

5.4 HISTORIA NATURAL DE LA DEPENDENCIA DE PBC

5.4.1 Etapas

a) Experimental

a.1 Motivación para iniciar el consumo: Curiosidad, 86.7%; imitación, 60.0%; deseo de cambiar de droga, 42.5%; presión amical, 35.8%; y otros, 22.5%.

a.2 Forma de obtención de la PBC: Invitación, 77.6 %; comprada, 20.0 %; y otros, 2.4%

a.3 Persona que suministró la droga: Amigo de barrio, 39.2%; amigo de la calle, 27.4%; condiscípulo, 9.2 %; amigo del centro laboral, 4.2%; y otros, 20.0%.

a.4 Forma de acceso al cigarro de PBC: Se lo dieron preparado, 86.6%; él mismo lo preparó, 7.5%; y otros, 5.9 %.

a.5 Tipo de cigarro con el que probaron la PBC: "Tabacazo" (PBC mezclada con tabaco), 73.4%; "mixto" (PBC mezclada con marihuana), 25.8%; y otros, 0.8%.

a.6 Actividad que realizaban en el momento de experimentar la PBC por primera vez: Circunstancial, 34.2%; consumiendo otras drogas, 30.0%; intención de fumar PBC, 18.3%; y otros, 17.5%.

a.7 Lugar donde probaron por primera vez la PBC: Calle, 18.3%; parque, 15.0%; domicilio de amigo, 13.3%; automóvil, 12.5%; esquina, 9.2 %; callejón, 8.3 %; cantina, 4.2 %; centro de estudios, 4.2 %; y otros 15.0 %.

a.8 Síntomas y síndromes del uso experimental: En el Cuadro N° 1 se describen en forma sistemática los principales síntomas y síndromes referidos por los usuarios al experimentar por primera vez PBC; igualmente, se mencionan las expresiones idiomáticas de la subcultura de las drogas correlativas a cada síntoma, así como la forma de uso ("Tabacazo" o "mixto"), la frecuencia de presentación, los pacientes que no sintieron nada, los que no recuerdan haber experimentado síntomas y los que no informaron.

b) Habitación

b.1 Rasgos premórbidos de la personalidad: Clínicamente todos los pacientes presentaron rasgos premórbidos

de personalidad profundamente inmadura en el área afectivo-emocional: dependencia, inseguridad, evasión, egolatría, tendencia a la oralidad, etc.

b.2 Forma de proveerse de dinero y/o drogas: En orden de mayor a menor frecuencia los pacientes comunicaron las siguientes formas de proveerse de dinero y/o drogas: actividad delictiva, ingreso por actividad laboral, préstamo de dinero, venta de objetos de uso personal, vendedor intermediario de drogas, entre otras.

En orden de frecuencia decreciente, los actos delictivos que efectuaron fueron, entre otros, los siguientes: sustracción de dinero, joyas, electrodomésticos, balones de gas y ropa propia o ajena. También asaltos a personas en la calle, robos a los nuevos usuarios, robos de accesorios de vehículos y robos en el centro laboral.

b.3 Elección del lugar de consumo ulterior: En el orden de mayor a menor frecuencia, entre los motivos que refirieron los usuarios para elegir su lugar habitual de consumo mencionan los siguientes: menor riesgo de estigmatización social, mayor tranquilidad y comodidad, por ser un lugar solitario y para protegerse de la represión policial.

c) Dependencia

c.1 Tiempo de dependencia y forma de instalación de la adicción: En el grupo de estudio, el período de dependencia de PBC fluctuó entre los tres meses y once años con un promedio de 4.2 ± 2.6 años. Del mismo modo, en el 59.2 % de pacientes la dependencia de PBC se desarrolló a continuación del inicio de consumo de dicha sustancia; mientras que en el 40.8% la dependencia se instauró posteriormente, luego de un intervalo de duración variable.

c.2 Cantidad que fuman por día según tipo de cigarro y tiempo de adicción: "Tabacazo", 73.3% de pa-

cientes; "tabacazo"+"mixto", 21.7% de pacientes; "mixtos", 5.0% de pacientes; predominó el consumo de 6 a 15 cigarros por día y los que tienen mayor tiempo de adicción fuman hasta 20 cigarros por día comúnmente.

c.3 Frecuencia de consumo: Predominaron los usuarios que fumaban diariamente, 47.5 % e interdiario, 25.8 %. De los 63 pacientes que no consumían en forma diaria, 52.4% lo hacían regularmente los fines de semana.

c.4 Horario de consumo: El 78.3% de la población manifestó que consume la PBC por la noche. Igualmente, el 54.2% del total de pacientes informó que iniciaban el rito de fumar entre las 6 a 8 pm.

c.5 Razones del consumo nocturno: De los 94 pacientes que informaron consumo nocturno, la mayor proporción, 29.9% comunicó que lo hacían porque circula menos gente en la calle y pueden fumar libremente. El resto refirió que hay tranquilidad y silencio, la oscuridad los protegía de la observación de los intrusos, por mayor disponibilidad de tiempo libre; porque la apetencia compulsiva de fumar se les desencadena en la noche; la microcomercialización de la droga es más intensa en la noche y se crea el ambiente propicio, entre otras razones.

c.6 Motivos referidos por los usuarios que no fuman diariamente: El mayor porcentaje, 38.1% manifestó que fuman cuando al día siguiente no laboran. El resto dijo que en esos días tenían mayor disponibilidad de dinero y de tiempo libre para reunirse con sus amigos. También, porque durante esos días hay mayor intensidad de consumo en la población usuaria y mayor oferta de drogas.

c.7 Motivos para desarrollar dependencia exclusiva de PBC: De los 59 pacientes que desarrollaron dependencia exclusiva de PBC, 50.8% lo atribuyeron al intenso efecto hedonístico de la droga. La menor

proporción manifestó diferentes motivos; verbigracia: Por ser droga de inicio, por hastio o efectos desagradables de las otras drogas y fácil acceso a la PBC, entre otros.

c.8 Fenomenología clínica de la intoxicación crónica: Se encontró los siguientes síndromes mayores entre la población adicta principalmente a la PBC:

c.8.1 Síndrome adictivo: Apetencia compulsiva por la PBC, tolerancia, drástica reducción del repertorio conductual y sociofamiliar en favor de la mayor dedicación al ritual de fumar la droga ("Se casan con la PBC"), etc.

c.8.2 Síndrome de abstinencia: Ante la deprivación brusca de la droga y en los instantes previos al consumo los pacientes manifiestan: angustia intensa por fumar la droga, temblor, inquietud, hipersalivación, sensación de aceleración del latido cardíaco, sensación de vacuidad en el epigastrio, deseo de defecar y piloerección, entre otros.

c.8.3 Síndrome sicoorgánico cerebral agudo: Durante el acto de fumar PBC la mayoría de los pacientes refirieron: Fugaz éxtasis placentero inicial, angustia intensa e incontrolable por continuar drogándose, hipervigilia, suspicacia, diaforesis generalizada, rigidez muscular generalizada, insomnio, hiporexia, sed, midriasis, sensación de calor, anestesia y sequedad de mucosas orales, taquicardia, deambulación compulsiva, infatigabilidad, etc.

c.8.4 Síndrome sicoorgánico cerebral crónico: Discreto temblor generalizado, inestabilidad emocional y motora, hiperreflexia, amnesia de fijación, distraibilidad, trastorno del ritmo de sueño, irritabilidad, impulsividad, reacciones explosivas con agresividad extrema irrefrenable, suspicacia continua, excesiva apertura palpebral y, frecuentemente, marcada pérdida del interés sexual. Severa distorsión de la escala axiológica y primitivización de la vida afectiva. Trastorno

del juicio crítico y autocrítico, etc.

c.8.5 Síndrome somático: Palidez, sequedad de piel y mucosas; a menudo pérdida ponderal o emaciación, retracción ocular, dientes y uñas amarillentas, etc.

c.8.6 Síndrome de inconsciencia de enfermedad: Ausencia de conciencia de enfermedad. El paciente se siente irreductiblemente sano. Negación, encubrimiento o minimización obcecada del consumo de drogas. A menudo, exige complicidad de los suyos con su conducta adictiva. Mayormente, carencia de motivación y voluntad real para aceptar el tratamiento. Rechaza la ayuda terapéutica, simulación de aceptarla o boicot a la misma.

c.8.7 Síndrome amotivacional: Pérdida progresiva del interés en sus roles personales y sociofamiliares que previamente le agradaban. Hastio. Abandono progresivo de sus roles. Apatía e hipobulia. Mengua drástica del repertorio social. Deterioro progresivo de las emociones, afectos y sentimientos. Deterioro de los hábitos alimentarios. Desaliño personal. Anhedonia y pérdida del interés por lograr metas superiores y objetivos altruistas.

c.8.8 Síndrome de sicopatización: Conducta antisocial progresiva hasta hacerse incontrolable. Violencia, agresividad imprevisible y a menudo, crueldad; además, conducta delictiva y cinismo. También, insensibilidad, soberbia, conducta temeraria, prepotencia potencialidad criminal con ferocidad concomitante. Asimismo, omnimanipulación; comportamiento avezado, espurio, chantajista e histriónico. Mendicidad manipulatoria.

De igual manera, pensamiento fantasioso, irresponsabilidad extrema consigo mismo y los suyos, dispendio de dinero disponible u obtenido por medios delictivos. Finalmente, ruina de la personalidad y aún marginalidad sociofamiliar.

c.8.9 Síndrome paranoide: Actitud suspicaz, ideación autorreferencial, sentimientos e ideas de grandiosidad, pensamiento proyectivo, deterioro del juicio de realidad, ideas de persecución policial, hostilidad, agresividad, hipersensibilidad en la interacción interpersonal y obstinación.

c.9 Síntomas y síndromes en la intoxicación aguda por sobredosis: Con respecto a los efectos de las dosis máxima referidos por los 120 usuarios, éstos se muestran en el Cuadro N° 2, según frecuencia de respuestas, por síndrome y síntomas.

d- Desenlace terminal

Opiniones del paciente acerca del desenlace final de su adicción en relación a cómo creen que culminará su actual dependencia de drogas, de los 120 pacientes, 28.3% manifestaron que rehabilitados; 16.7% actualmente ya no se consideran dependientes; 11.7% creen que estarán libres del consumo por voluntad propia, entre otras opiniones diversas.

5.4.2 Curso y cronología de la enfermedad:

Los datos de anamnesis directa e indirecta, aportan los siguientes hallazgos acerca de la historia natural de la dependencia de PBC, cuyo curso tiene cuatro etapas, a saber:

ETAPAS

- 1- Experimental
- 2- Habituaación
- 3- Dependencia
 - Antisocial o sicopatización
 - Deterioro somático
 - Sicosis tóxica
- 4- Desenlace terminal
 - Anomia social
 - Mendicidad
 - Prisión
 - Confinamiento
 - Occisión
 - Remisión espontánea

Del total de enfermos, 50.0% se habituó a la PBC entre la primera y cuarta semana luego de comenzar a fumarla de modo regular; en tanto que el 50% restante presentó el hábito antes del sexto mes. Asimismo, 61.0% informó que la adicción se desarrolló entre la segunda semana y el tercer mes de iniciado el uso regular; mientras que 13.0 % refirió que experimentaron la dependencia antes del sexto mes de consumo regular.

De igual manera, 77.9% presentó el síndrome de sicopatización entre el tercer y sexto mes, 15 % antes del año y 7.1% antes de los dos años de instalada la adicción.

Respecto al deterioro somático, éste lo presentó el 92.5% de la población estudiada, contra el 7.5% en que no hubo tal deterioro. De los 111 pacientes que presentaron deterioro físico, 86.8% lo evidenciaron entre el sexto mes y los dos años, 9.6 % antes de los cuatro años de iniciada la adicción.

En cuanto a la sicosis tóxica, 80% del total de la población estudiada negó haber presentado síntomas sicóticos en el curso de la enfermedad, mientras que 20% sí lo admitió. Igualmente manifestaron que dicho trastorno lo experimentaron entre el segundo y el tercer año del curso de la adicción.

El desenlace terminal, según los usuarios, ocurre mayormente entre el tercer y cuarto año de la evolución cronológica de la adicción. (Ver esquema).

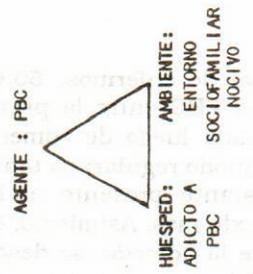
5.5 ASOCIACION CON OTRAS DROGAS

5.5.1 Consumo de alcohol y PBC:

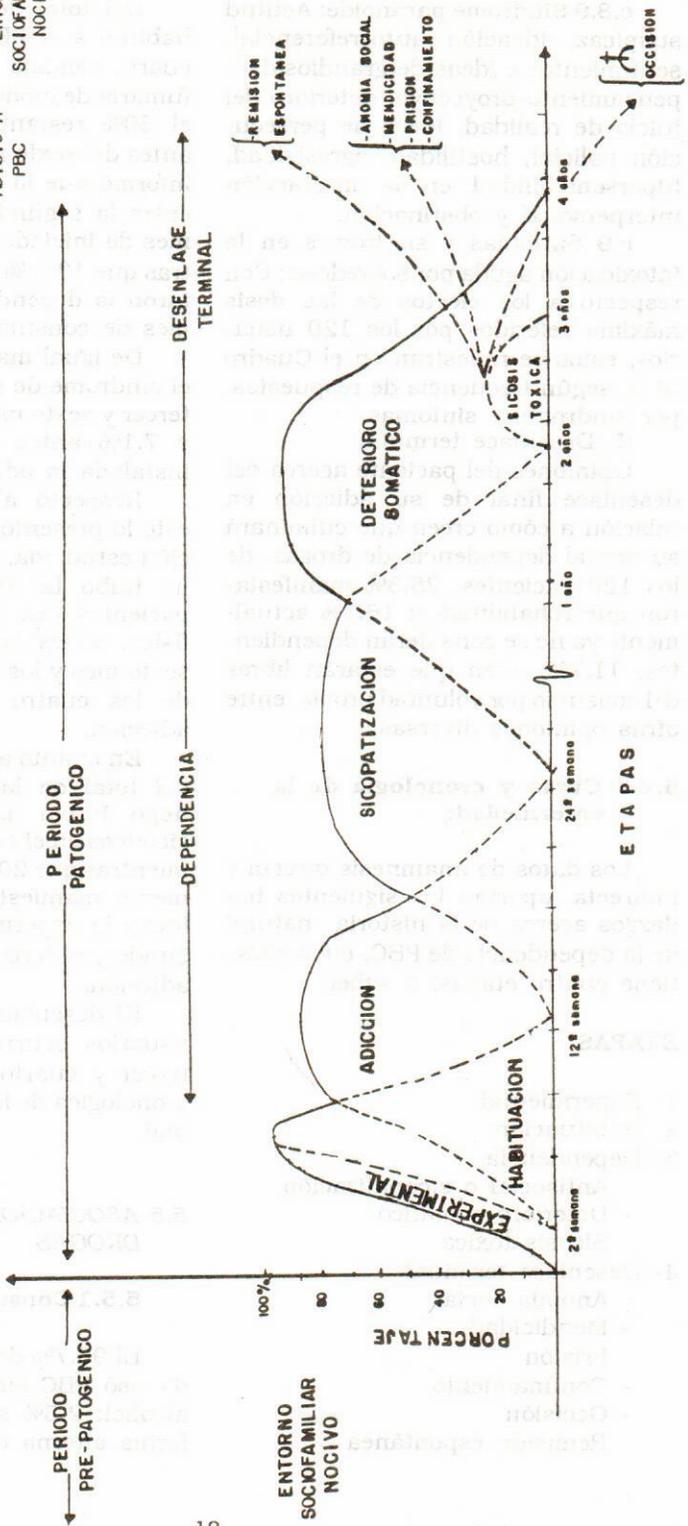
El 96.7% de la población estudiada usó PBC siempre combinada con alcohol; 2.5% sin alcohol y 0.8% en forma alterna con el alcohol.

ESQUEMA

TRIANGULO EPIDEMIOLOGICO



HISTORIA NATURAL DE LA DEPENDENCIA DE PBC



CUADRO N° 1

SINDROMES, SINTOMAS Y REPLANA REFERIDOS POR LOS DEPENDIENTES PRINCIPALMENTE A PBC AL PROBAR POR PRIMERA VEZ LA PBC SEGUN TIPO DE CIGARRO EN 120 PACIENTES

SINDROMES Y SINTOMAS	REPLANA	TIPO DE CIGARRO "TABACAZO" : "MIXTO"	
SINDROME GENERAL		11	
-Malestar general	"Chocar"	10	
-Fatigabilidad	"trapo"	1	
SINDROME MOTOR		14	8
-Rigidez muscular generalizada	"duro"	10	7
-Relajamiento muscular	"suelto"	3	
-Rigidez de lengua	"trabada"	1	
-Compulsión deambulatoria	"caminata"	1	
SINDROME OROFARINGEO		2	1
-Labios edematizados y rígidos		2	1
SINDROME VEGETATIVO		40	15
-Sabor exquisito	"saborcito rico"	6	3
-Olor aromático	"olorcito rico"	4	
-Amargor de boca		1	
-Sabor desagradable		1	
-Sensación de calor generalizado	"calenturienta"	2	
-Sequedad de mucosas orales	"Boca seca"	4	
-Diaforesis generalizada	"Sudorosa"	2	1
-Taquicardia	"Bobo acelerado"	5	1
-Mareo	"vuelto"	6	5
-Náuseas		5	2
-Vómito	"Buitre"	1	
-Sed	"sedienta"	2	
-Escozor	"comezón"		1
-Sensación de frialdad en pulmones	"Pulmon frío"		1
-Sensación de frialdad en manos			1
-Deseo de defecar		1	
SINDROME DE ESTIMULACION DEL SNC		25	11
-Sensación de bienestar	"ponerse bien"	1	
-Sensación de cuerpo liviano	"Vuelo"		2
-Aclaramiento del sensorio	"pararse"	7	2
-Hipervigilia	"Ojon"	1	
-Eurofia	"reilona"	3	3
-Locuacidad	"Llora"	2	
-Mutismo	"Grabadora"	3	1
-Irritabilidad	"palteado"	1	
-Hiperactividad motora	"Espídico"	6	3
-Insomnio	"persianas levantadas"	1	

(Continuación del Cuadro N° 1)

SINDROME Y SINTOMAS	REPLANA	TIPO DE CIGARRO "TABACAZO" : "MIXTO"	
SINDROME ANESTESICO		45	13
-Anestesia de mucosas orales		41	11
-Adormecimiento corporal		3	2
-Adormecimiento de cara		1	
TRASTORNO DE CONCIENCIA		2	4
-Conciencia entorpecida	"Mongo"	1	
-Pérdida de noción del tiempo			2
-Vivencia de tiempo lenta		1	1
-Estupor	"Mirada fija"		1
SINDROME PARANOIDE		1	2
-Ideas de referencia	"Noica"	1	1
-Alucinación visual	"Alucine"		1
SINDROME COMPULSIVO		12	2
-Apetencia compulsiva de seguir fumando	"Angustia"	12	2
SINDROME DEPRESIVO		3	1
-Sentimiento de culpa	"Arrepentida"	1	
-Llanto	"Llorona"	1	
-Tristeza	"decaida"	1	1
SINDROME ANSIOSO		5	
-Ansiedad	"Nerviosa"	2	
-Miedo	"Tembleca"	2	
-Sensación de nudo en la garganta	"Nudo"	1	
HEDONISMO		6	1
-Sensación de placer	"gusto"	6	1
TRANSTORNO DE LA PERCEPCION SENSORIAL		1	
-Ilusión cenestopática		1	
INESPECIFICOS		3	7
-Sintieron más el efecto de la marihuana			2
-Estaba en otra sensación	"Otra nota"		2
-No le agradó		1	1
-Rechazo a seguir fumando			1
-Le pareció frívolo	"Estupidez"	1	
-Zumbido			1
-Sugestionalidad		1	
NO SINTIO NADA		4	
NO RECUERDA		2	2

CUADRO N.º 2
DEPENDIENTES PRINCIPALMENTE A PBC: EFECTOS DE LAS
DOSIS MAXIMAS REFERIDAS POR LOS 12 PACIENTES

SINDROMES Y SINTOMAS	FRECUENCIA DE PRESENTACION
SINDROME GENERAL	29
- Malestar general	
- Rostro demacrado	
- Fatigabilidad	
- Somnolencia	
- Debilidad	
SINDROME MOTOR	38
- Rigidez muscular generalizada	
- Calambres	
- Temblor	
- Torsión de boca	
- Protrusión de lengua	
- Compulsión deambulatoria	
- Actitud estática	
- Lumbalgia	
SINDROME OROFARINGEO	9
- Edema de labios	
- Fisura de labios	
- Erosión de la lengua	
- Ardor de garganta	
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	3
SINDROME NEUROVEGETATIVO	86
- Sensación de gusto agradable	
- Sensación de calor	
- Sequedad de mucosas orales	
- Sensación de vacuidad epigástrica	
- Sensación de asco	
- Diaforesis	
- Taquicardia	
- Palidez	
- Sensación de hartazgo de PBC	
- Excitación sexual	
- Náusea	
- Vómito	
- Balonamiento abdominal (sensación de llenura)	
- Sensación de latido, opresión y zumbido craneal	
- Sed	
- Hambre	
- Prurito	
- Sensación de frialdad	
- Hiporexia	
- Parestesias	
CEFALEA	9
SINDROME VERTIGINOSO	6

(Continuación del cuadro No. 2)

SINDROME DE ESTIMULACION DEL SNC	34
- Sensación de bienestar	
- Hiperacusia	
- Euforia	
- Locuacidad	
- Mutismo	
- Irritabilidad	
- Hiperactividad	
- Insomnio	
- Inquietud	
- Extasis	
SINDROME ANESTESICO	7
- Anestesia de mucosa oral	
- Anestesia general	
- Anestesia facial	
AUTOMATISMO	6
- Ritual automático de fumar	
- Deambulacion automática	
- Comportamiento automático	
INCOORDINACION MOTORA	4
- Incoordinación motora	
- Dificultad para la bipedestación	
TRASTORNO DE CONCIENCIA	7
- Confusión	
- Estupor	
- Desorientación	
SINDROME PARANOIDE	43
- Animo autoreferencial	
- Ideas de persecución	
- Hipervigilia	
- Animo presagiente	
- Ilusiones visuales	
- Alucinaciones auditivas autoreferencial	
SINDROME VOLITIVO	24
- Apetencia compulsiva de fumar	
SINDROME DEPRESIVO	15
- Sentimiento de culpa	
- Autoconmiseración	
- Aburrimiento	
SINDROME ANSIOSO	
- Ansiedad	
- Temor	
- Inseguridad	
TRASTORNO DE LA ATENCION	4
HEDONISMO	2
ANHEDONIA	2
OTROS	9
- Disposición delictiva	
- Histrionismo	
- Egocentrismo	
- Indolencia	
- Omnipotencia	
- Apetencia de alcohol	
- Algas difusas	

5.5.2 Consumo de marihuana y PBC:

En relación a los motivos de la combinación de PBC con marihuana, el 44.1% expresó que lo hacía por que la marihuana potencia la sensación agradable de la PBC y la aceleración sicomotora del alcaloide; al igual que para sentirse bien luego de acabados los efectos de la PBC, entre otros motivos referidos.

5.5.3 Dependencias asociadas:

Después de la dependencia exclusiva de PBC, 49.1%; las dependencias asociadas más frecuentes fueron PBC con marihuana, 19.2%; PBC con alcohol, 10.8%; PBC con nicotina, 4.2% y PBC con cocaína, 3.3%, entre otras adicciones asociadas a la dependencia de PBC.

5.6 ENTORNO FAMILIAR

5.6.1 Consumo familiar. Abuso o dependencia de drogas en la familia: En relación al consumo familiar de drogas lícitas o ilícitas, en el 44.2% de los casos sus familiares presentaron habituación o dependencia a dichas sustancias psicoactivas; siendo el primo, 39.7%; el hermano, 24.5% y el padre, 11.3% los más afectados. De un total de 37 pacientes, 30.8% de sus familiares consumieron PBC, y de ésta proporción, el 86.5% eran dependientes de esta sustancia.

5.6.2 Fenomenología clínica del entorno familiar:

Paralelamente a la adicción, el entorno familiar experimenta una evolución síquica que se relaciona con las etapas de la historia natural de la dependencia de la droga, tal como se describe a continuación:

En la etapa Experimental, la familia presenta indicadores de alto riesgo: modelos educativos inadecuados, alienación sociocultural, trastornos de la

comunicación, inmadurez de las figuras significativas, simbiosis, desafección, así como fácil disponibilidad de dinero, liberalismo excesivo, ausencia de medidas de control social y de alerta contra el uso de drogas.

Desde la etapa de habituación hasta el desenlace terminal del adicto, ocurren las siguientes etapas en la evolución del comportamiento de su entorno familiar:

ETAPAS DE LA EVOLUCION DEL COMPORTAMIENTO FAMILIAR

ETAPAS:

- 1.- Ciega
- 2.- Negación
- 3.- Crisis Emocional
- 4.- Endosamiento
- 5.- Bloqueo Cognoscitivo
- 6.- Aceptación
- 7.- Desenlace Terminal

- 7.1 Desorganización
- 7.2 Homeostasis patológica
- 7.3 Desintegración
- 7.4 Ajuste espontáneo

1- *Ciega.*- En la que los familiares desconocen el consumo de drogas entre sus miembros.

2- *Negación.*- Los familiares están informados de la existencia de adictos entre sus miembros; sin embargo, se resisten a aceptarlo. Primeramente, tienden a ocultarse mutuamente el problema, luego aparentan desconocerlo y finalmente lo marginan o lo ignoran. Se ha producido la ruptura de los vínculos afectivos del paciente con su familia.

3- *Crisis emocional.*- Se caracteriza por la aguda quiebra afectivo emocional de la familia. Sus miembros experimentan angustia, culpa, depresión, temor, frustración e impotencia ante la incapacidad para controlar la grave conducta antisocial del enfermo.

4- *Endosamiento.*- Los familiares, de manera abierta o encubierta y de lo

más expeditiva posible procuran deshacerse o liberarse del paciente. Por ejemplo, le facilitan viajes dentro del país o al exterior; le propician vínculo conyugal sin informar a la pareja sobre su conducta adictiva, lo internan en algún nosocomio o lo expulsan del hogar, entre otras conductas contraproducentes.

5- *Bloqueo cognoscitivo*.- Es un estado de torpeza mental ("Estupidización") debido al bloqueo intelectual provocado por la intensidad de la crisis emocional, a causa de la gravedad insuperable del comportamiento antisocial del adicto. En esta etapa los familiares son fácilmente manipulables por el paciente. La familia se encuentra en riesgo inminente de agresiones, sustracción de sus bienes, etc.

6.- *Aceptación*.- La familia reconoce la existencia del problema adictivo en su seno y busca ayuda médica con el objeto de rehabilitar definitivamente al enfermo. Empero, el porcentaje de estas familias es mínimo en las etapas iniciales e intermedias.

7- *Desenlace terminal*.- Es el destino final de la familia que no buscó o no encontró ayuda médica precoz y adecuada. En esta etapa se dan las siguientes vías finales comunes:

7.1 *Desorganización*.- Se caracteriza por la convivencia caótica, crítica y la quiebra total de los roles.

7.2 *Homeostasis patológica*.- Es el ajuste crónico de la convivencia familiar. Prevalece la depresión, angustia permanente y la sicopatización familiar entre otras manifestaciones sicopatológicas. La familia está enferma y a merced del comportamiento abusivo o perverso del adicto.

7.3 *Desintegración*.- Es la ruptura del grupo familiar. Se produce, así, el fin de la familia como tal.

7.4 *Ajuste espontáneo*.- Es la reorganización de la familia sin ayuda profesional, luego de un prolongado periodo de convivencia crítica con el adicto.

5.7 ENTORNO SOCIAL

5.7.1 *Microcomercialización*: Respecto a la microcomercialización de la PBC, ésta se efectúa en hogares modestos, mayormente, ubicados en tugurios. Dichos sitios de expendio de drogas son denominados "huecos" en la replana de la subcultura de las drogas. Cuando los conductores del lugar permiten que los usuarios fumen en su interior, se les denomina "fumaderos".

Los usuarios, adquirirían sus drogas en 248 lugares, de los cuales el mayor porcentaje pertenece a Lima, 71.4%. El distrito de la Victoria con el 14.9% aportó la mayor cantidad de casos.

5.7.2 Relación del paciente con la microcomercialización:

El 65.8% era sólo consumidor; 19.2% vendedor intermediario ("Paquetero", "La lleva"); 14.2%, portador de drogas entre el vendedor al menudeo y el usuario ("Pasero") y 0.8 % traficante de drogas al por mayor ("Burro").

5.7.3 Replana:

También, el curso de la enfermedad, el comportamiento familiar y social en cada etapa tienen genuinas denominaciones, tanto en el lenguaje común como en la replana de la subcultura de las drogas, la misma que tiene una rica como acelerada variación. Así, por ejemplo, para referirse a la etapa experimental usan la frase "rotura de boca", para mencionar la habituación emplean el vocablo "introducido"; la dependencia es denominada con las expresiones "drogo", "adictiva", "pegado", "fumón", etc.; la sicopatización, "malogrado"; el deterioro somático, "biafra"; la sicosis tóxica, "paranoica", "rayado", etc; y el desenlace terminal, "podrido", "carroña" o "capilla abandonada".

5.7.4 Mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas:

Finalmente, se presentan de modo sistemático los principales mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas acerca de la dependencia de drogas en general, comunicada por la población de estudio y sus familiares, en el siguiente orden:

EN EL AREA DE LA PREVENCIÓN

a) EN RELACION A LAS DROGAS

1. "Maldita droga". "La droga es veneno". "Lacra". "Cochinada". "Tiene tenebrosas garras".
2. "Las drogas liberan".
3. "La pasta es lo peor". "Lo más terrible".
4. "Alcohol y drogas".
5. "La cerveza es nutritiva".
6. "El café no es droga".
7. "La nicotina no es droga". "Fumar no es dañino".
8. "La marihuana es benigna".
9. "La cocaína no es dañina".

b) EN RELACION AL CONSUMO MASIVO DE DROGAS

1. "Tomar licor es algo normal". "Todo el mundo lo hace". "Unas copas no hacen daño".
2. "Fumar relaja".
3. "La marihuana es la primera droga que se prueba".
4. "Todo el mundo se coquea".
5. "La droga se prueba por curiosidad".
6. "Sólo la juventud se droga".
7. "Las mujeres se drogan poco".
8. "Todos pueden caer menos el mío".
9. "A la droga dile no".
10. "La gente pobre consume más droga".

EN EL AREA DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS

1. "Se droga porque quiere".
2. "La drogadicción es una perdición". "Una maldición". "Un flagelo".

3. El adicto "Es un vicioso". "Un drogadicto". "Un perdido".
4. "El drogadicto es un delincuente".
5. "Las malas juntas son la causa de la adicción".
6. "Los padres son los culpables".
7. "Que va ser". "No creo". "Es leve". "Pasajero". "Habrà probado nomás". "Todavía no es adicto". "Lo hace de vez en cuando".
8. "Qué dirán si se enteran que es un drogadicto".
9. "Si se le dice que uno de los suyos se droga, le va a chocar". Se va a traumatizar".
10. "Que vea a los drogadictos en último grado para que se asuste".
11. "Se droga pero adora a sus hijos".
12. "De algo hay que morir".

EN EL AREA DEL TRATAMIENTO

1. "El drogadicto no tiene cura".
2. "Puede dejar la droga por su voluntad". "Si se lo propone". "Todo depende de él".
3. "El matrimonio aleja de las drogas".
4. "Que trabaje para que deje la droga".
5. "Cambiarlo de ambiente para que deje la droga".
6. "Botarlo de la casa para que se enmiende".
7. "El internamiento lo va a curar".
8. "La cura de la desintoxicación".
9. "El tratamiento de la cura del sueño".
10. "Que toque fondo para que reaccione".

8. DISCUSIÓN

Este estudio de 120 pacientes dependientes principalmente a PBC, efectuado a través de 12 años, si bien es descriptivo, aborda paralelamente el área individual del enfermo, su entorno familiar y el ambiente en el cual se desenvuelve el paciente, en procura de una formulación conceptual integral del extendido fenómeno adictivo, desde la perspectiva ecológica (12, 38,43).

En relación a las características biodemográficas de la población de estudio, casi todos los autores encuentran que prevalece la población adulta joven, con vasto predominio del sexo masculino, mayormente desempleada, con predominio de instrucción incompleta, procedente de diversos estratos sociales y con alta proporción de ausencia de vínculo conyugal; además, de prelación de dependencia económica paterna, factores éstos asociados a inmadurez de la personalidad, bajo rendimiento escolar y fácil disponibilidad de drogas siendo el hijo último el más afectado en frecuencia de casos (1,3,4,7,15, 25,26,27,28,33,37,43,46,59).

El 76.6% inició el consumo de drogas ilícitas entre los 13 y 17 años. Este hallazgo y los de Oliver (43), Jeri 8259 y Ferrando (15) entre otros confirman que la adolescencia es la edad de más alto riesgo para experimentar con drogas; para la PBC, la edad promedio de inicio fue de 20.3 años.

Se encontró dependencia asociada en el 50.9% de la población y una historia de uso múltiple de drogas entre las que prevalecieron los estimulantes con el 43,7%. Ello indica la complejidad del fenómeno en el que es común el policonsumo.

Los hallazgos clínicos, revelan inconsciencia de enfermedad; a ello, se aproxima Jeri (25) y otros autores (14,16,46) al señalar el pertinaz encubrimiento de la enfermedad, el notable retraso en la solicitud de ayuda médica y el carácter involuntario o coercitivo del internamiento, a lo cual se añade la distorsión actitudinal de la familia (14,17,20,39,40,59).

Respecto a la fenomenología clínica, ésta es sistematizada en los siguientes síndromes principales, referidos a la intoxicación aguda: Anestésico, neurovegetativo, estimulación del SNC, motor, compulsivo y general.

Estas manifestaciones las han descrito también Almeida (1), Jeri (25) y

Navarro (35) entre otros.

La intoxicación crónica presenta los síndromes que a continuación se mencionan: Adictivo, abstinencia, sico-orgánico cerebral agudo, sico-orgánico cerebral crónico, somático, inconsciencia de enfermedad, amotivacional, sicopatización y paranoide. Esta sistematización no ha sido formulada por investigaciones precedentes (1,3,13,23, 24,25,29,34,35,37,38,42).

La historia natural de la enfermedad cursa en las siguientes etapas: 1) Experimental, 2) Habitación, 3) Dependencia: sicopatización, deterioro somático y sicosis tóxica; 4) Desenlace terminal: anomia social, mendicidad, prisión, confinamiento, occisión y remisión espontánea (44).

En relación al entorno familiar, se halló que paralelamente al proceso mórbido, la familia presenta progresivamente la siguiente fenomenología clínica, la misma que cursa en etapas, a saber: 1) Ciega, 2) Negación, 3) Crisis emocional, 4) "Endosamiento", 5) Bloqueo cognoscitivo, 6) Aceptación, y 7) Desenlace terminal: desorganización crítica, homeostasis patológica, desintegración y ajuste espontáneo.

El entorno social básicamente está constituido por la microcomercialización, la forma social del consumo, el ambiente de las drogas, la replana y las actitudes sicosociales en relación con el fenómeno adictivo.

A continuación, se presenta un cuadro sinóptico de la dependencia de PBC, que comprende las etapas de la historia natural de la enfermedad, la evolución del consumo, la evolución cronológica, algunas características del entorno social, la denominación común de cada etapa de la historia natural y la replana respectiva.

9. CONCLUSIONES

9.1 El 85.7% de pacientes se mostraron sin motivación para el tra-

tamiento y sólo 3.1% demostraron estar auténticamente motivados para recibir la ayuda médica.

El 11.2 % restantes eran pseudomotivados y ambivalentes.

9.2 Todos los pacientes iniciaron su historia de consumo de drogas con sustancias lícitas, con predominio de 4 a 1 de las bebidas alcohólicas sobre la nicotina. Entre las drogas ilícitas predominó la marihuana seguida de la PBC, principalmente entre los trece y diecisiete años de edad.

9.3 El 55.8% admitió adicciones previas y el 50.9 % eran dependientes de múltiples drogas, incluida la PBC, mientras que 49.1% presentaron dependencia exclusiva de dicha sustancia.

9.4 Existe un definido patrón social de consumo de la PBC, la misma que combinada con tabaco ("Tabacazo" o "Clavo") tiene prelación sobre el uso de la combinación con marihuana ("Mixto"). Ambas combinaciones usan el alcohol como droga coadyuvante.

9.5 La mayoría de usuarios presentaron uso intensivo de PBC, cada 24 horas fumando entre 6 y 20 cigarros, ya sea solos o acompañados, con un ritmo de prevalencia nocturno.

9.6 La urgencia de proveerse de dinero para adquirir la droga, induce a los usuarios hacia actividades delictivas, inicialmente dentro del hogar y posteriormente fuera de él.

9.7 La historia natural de la dependencia de PBC cursa en varias etapas: 1) Experimental, 2) Habitua-ción, 3) Dependencia o adicción y 4) Desenlace terminal.

9.8 En el 50% de los pacientes, la habituación ocurre entre la primera y cuarta semana luego de comenzar a fumar la PBC en forma regular; mientras que la dependencia comienza generalmente a continuación del inicio del consumo de esta sustancia, entre la segunda semana y el tercer mes de iniciado el consumo regular, instalán-

dose rápidamente el síndrome de sicopatización entre el tercer y sexto mes de adicción y algún tipo de deterioro somático entre el sexto mes y los dos años; finalmente el desenlace terminal ocurre mayormente entre el tercer y cuarto año de adicción. El 20% experimentaron síntomas sicóticos entre el segundo y tercer año de adicción.

9.9 Las vías finales comunes del desenlace terminal del adicto son: Anomia social, mendicidad, prisión, confinamiento, ocisión y remisión espontánea.

9.10 Los familiares presentaron una fenomenología clínica concomitante que cursa en varias etapas:

1) Ciega, 2) Negación, 3) Crisis emocional, 4) "Endosamiento", 5) Bloqueo Cognoscitivo, 6) Aceptación, y 7) Desenlace terminal y cuyas vías finales comunes son: Desorganización crítica, homeostasis patológica, desintegración o ajuste espontáneo.

9.11 El entorno familiar y social son percibidos por los usuarios como facilitadores de su conducta adictiva, por la alienación sicosocial, la decadencia de la escala de valores, la fácil disponibilidad de drogas o la presión amical entre otras.

9.12 La habituación o dependencia de drogas lícitas y/o ilícitas, especialmente PBC, en el entorno familiar, se presentó en el 44.2% de la población.

9.13 Es común, tanto en los usuarios como en su entorno familiar la presencia de un amplio espectro de mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas que obstaculizan la comprensión cabal y el enfoque correcto del fenómeno que los afecta.

9.14 Esta entidad nosológica está asociada a una particular forma de comunicación idiomática privativa de los usuarios, la misma que los identifica entre sí a la vez, los diferencia del entorno social no usuario.

SINOPSIS DE LA DEPENDENCIA DE PBC*

ETAPAS	EVOLUCION DEL CONSUMO	EVOLUC. CRONOLOG.	ENTORNO FAMILIAR	ENTORNO SOCIAL	DENOMINAC. COMUN	REPLANA
1a. Experimental	-Inicio. -Encubrimiento. -Remisión espontánea	-Variable.	.Indicadores de alto riesgo: -Modelos educativos inadecuados -Alienación. -Trastornos de la comunicación. -Inmadurez de las figuras significativas -Simbiosis. -Desafecto. -Fácil disponibilidad dinero. -Liberalismo excesiv. -Ausencia de control. -Ausencia de alerta.	Alienación psico-social -Decadencia de valores. -Fácil disponibilidad de drogas. -Presión amical de consumo. -Oportunidad de consumo. -Tolerancia.	"Caída" "Probar"	"rotura de boca" "Abrir la boca"
2a. Habituaón	-Ritualización. -Encubrimiento. -Remisión espontánea	2a. - 4a. sem.	Etapas del comportamiento familiar: 1a. Ciega	-Indiferencia.	"Costumbre" "No creo" "Eso pasa"	"Introducido" "Metido"
3a. Dependencia: -Apetencia incontrolada. Síndrome de abstinencia. -Incapac. para contenerse -Tolerancia. -No conciencia de enfermedad. -No motivación, motivación insuficiente o pseudo motivación para el tratamiento	-Cons. regular. -Uso compulsivo. -Indicad. indirectos de consum. -Negación del consumo. -Remisión espontánea	2a.sem- 3r. mes	2a. Encubrimiento		"Vicio" "Perdición" "Lacra" "Fumones" "Tapar" "Que va a ser"	"Drogo" "adictiva" "Pegado" "Casado con la pajsana" "Angustiado" "Dengue" "Prenderse las pilas" "Duro" "tieso" "Tolero" "Berraco" "Humo" "Gusano" "Pastelero"
3.1 Sicipatización rápidamente progresiva Deterioro de la Personalidad	-Intensificación. -Remisión espontánea	3er mes /6º mes	3a. Crisis emocional 4a. "Endosamiento"	-Act. y acciones punitivas -Rechazo.	"Antisocial" "Peligroso"	"Malogrado" "Drogo mayor" "Bagre" "Basura" "Escoria"
3.2. Deterioro somático	-Intoxicación crónica -Remisión espontánea	6º mes /2º año	5a. Bloqueo cognoscitivo.	-Miedo -Repulsión -Comiseración.	"Ojos hundidos" "Ojeras" "Seco" "Zombi" "Estupidizac. familiar"	"Biafra" "Drogo máximo" "Pálida" "Bravo" "Kerosene" "Hilo"
3.3 Sicosis tóxica: aguda y crónica	-intoxicac. aguda y crónica. -Remisión espontánea	2do - 3er. año	6a. Aceptación	-Estigmatización. -Abominación. -Marginación.	"Trastornado" "Desquiciado" "Loco"	"Paranoica" "Rayado" "Perseguidora" "Noico" "Seguidor" "Quemar cerebro"
4a Desenlace terminal: -Anomia Social -Mendicidad -Prisión -Confinamiento psiquiátrico -Occisión -Remis. espont.	-Frecuenc. diaria -Dosis Máxima -Episodios intermitentes o periódicos de consumo intensivo -Remisión espontánea	3er.- 4to año	7a. Desenlace terminal: -Desorganización -Desajuste patológico -Desintegración -Ajuste espontáneo.	-Actitudes y comportamientos irracionales -Tabúes -Mitos -Prejuicios -Creencias erróneas	"Guiñapo" "Despojo humano" "En la última"	"Podrido" "Drogo" "Perdido" "Carroña" "Loco pat" "Drogo sin cura" "Capilla abandonada"

(*) Cuadro adicionado por el autor con posterioridad a la presentación de la tesis.

REFERENCIAS

1. ALMEIDA, M. (1978) Contribución al estudio de la historia natural de la dependencia a la pasta básica de cocaína, *Revista de Neuropsiquiatría*, 41: 44-53.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3a. ed. Washington, DC, APA.
3. ARAMAYO, G. y SANCHEZ, M. (1980) Manifestaciones clínicas del consumo de pasta básica de cocaína. En: FR Jerí, ed. *Cocaína 1980*, Actas de Seminario Interamericano sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y la Cocaína. Lima, Pacific Press, pp. 134-141.
4. AREVALO, J. (1986) Prevalencia del uso indebido de drogas en la población escolar de Iquitos, Informe dirigido al Dr. René Flores, Director de la Oficina Ejecutiva de Control de Droga del Ministerio del Interior del Perú. Lima, Documento N°. 598 del Centro de Documentación de CEDRO.
5. BRICEÑO, J. y MARTINEZ, J. (1989) El ciclo operativo del tráfico ilícito de la coca y sus derivados: Implicancias en la liquidez del sistema financiero. En: FR León y R. Castro de la Mata, eds. *Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario*. Lima, CEDRO, pp. 261-279.
6. CAÑAVERA, M. (1988) *Diada Marital disfuncional y farmacodependencia a pasta básica de cocaína*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú,. Tesis de Bachiller en Psicología.
7. CARBAJAL, C.; JERI, R.; SANCHEZ, C.; BRAVO, C. y VALDIVIA, L. (1980) Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en Lima (1979): Investigación mediante encuesta usando un cuestionario multifactorial, con una muestra probabilística de 2167 viviendas. *Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales* 41: 1-38.
8. CASTILLO, A. (1980) Cocaína y pasta básica de cocaína. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología* 26: 41-48.
9. CASTRO DE LA MATA, R. (1987) *Farmacodependencia en el Perú. Psicoactiva*. Lima, CEDRO, pp. 25.
10. CASTRO DE LA MATA, R. (1989) Aspectos farmacológicos de la pasta básica de cocaína. En: FR León y R. Castro de la Mata, eds. *Pasta básica de cocaína, Un estudio multidisciplinario*. Lima, CEDRO, pp. 137 - 166.
11. DOUROJEANNI, MJ. (1989) Impactos ambientales del cultivo de la coca y la producción de cocaína en la amazonia peruana. En: FR. León y R. Castro de la Mata, eds. *Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario*. Lima, CEDRO, pp. 281-299.
12. ESCOHOTADO, A. (1989) *Historia de las drogas*, Tomo III, Madrid, Alianza Editorial.
13. FABIANI, C. (1987) *Desórdenes causados por fumar PBC*. Médico Interamericano, 7.
14. FERNANDEZ, FA. (1979) *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Tomo II, 4a. ed. Madrid, Paz Montalvo, pp. 557-572.
15. FERRANDO, D. (1990) *Uso de drogas en las ciudades del Perú, Encuesta de hogares, 1988*. Lima, CEDRO. Monografía de investigación N°. 5.
16. FREIXA, F.; SOLER-INSA, PA. (1981) *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*, ed. Barcelona, Fontanella, pp. 506.
17. GAWIN, FH, y KLEBER, HD. (1985) *Cocaine use in a treatment population: Patterns and diagnostic distinctions*. In: NJ Kozel y EH Adams, eds. *Cocaine use in America, Epidemiological and clinical perspectives*. Rockville, Md. NIDA, DHHS Publication N°. ADM 85-1414. Investigación monográfica N°. 61.
18. GOODMAN, LS; GILMAN, AG; RALL, TW y MURAD, F. (1986) *Las bases farmacológicas de la terapéutica*, 7a. ed. Argentina, Médica Panamericana, pp. 526-530.
19. GUTIERREZ-NORIEGA, C. (1948) *El cocaísmo y la alimentación en el Perú*. Anales de la Facultad de Medicina de

- la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 31: 1-90.
20. HELFRICH, ANKER, A; CROWLEY, T; ATLINSON, C y DEE POST, R. A (1983) clinical profile of 136 cocaine abusers. En: LS Harris, ed. Problems of drug dependence 1982. Rockville, Md. NIDA. Investigación monográfica N°. 43.
 21. HORNA-RAMIREZ, R. (1980) La producción de la coca en el Perú. En: FR. Jerí, ed. Cocaína 1980, Actas del Seminario Interamericano sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la coca y de la cocaína, Lima, Pacific Press, pp. 234-237.
 22. HUBBARD, RL; MARDSEN, ME, RACHAL, JV; HARWOOD, HJ, CAVANAUGH, ER, GINZBURG, HM. (1989) Drug abuse treatment, A national study of effectiveness. United States of America, The University of North Carolina Press, pp. 106-110.
 23. JERI, FR, SANCHEZ, CC, DEL POZO, T. (1976) Consumo de drogas peligrosas por miembros de la fuerza armada y de la fuerza policial peruana. Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior, 37: 104-112.
 24. JERI, FR. (1985) Algunas asociaciones somáticas en usuarios excesivos de cocaína. Revista de la Sanidad de las Fuerzas Policiales 46: 115-177.
 25. JERI, FR y PEREZ, JC. (1990) Dependencia a la cocaína en el Perú, Observaciones en un grupo de 616 pacientes. Lima, CEDRO. Monografía de Investigación N°. 4.
 26. JIBAJA, CA. (1987) Rol sexual: Estudio comparativo en un grupo de sujetos dependientes a la pasta básica de cocaína y un grupo control. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú. Tesis de Bachiller en Psicología.
 27. JUTKOWITZ, JM; ARELLANO, R, CASTRO DE LA MATA, R. et al. (1987) Uso y abuso de drogas en el Perú: Una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano. Lima, CEDRO. Monografía de investigación N° 1.
 28. LEON, FR. (1989) Epidemiología del uso y abuso de la pasta básica de cocaína en el Perú: 1976-1989. En: FR León y R. Castro de la Mata, eds. Pasta básica de cocaína, Un estudio multidisciplinario. Lima, CEDRO, pp. 29-111.
 29. LLERENA, S.; OLIVER, E. y CAMPANA, G. (1978) Comportamiento antisocial en fármacodependencia a la pasta básica de cocaína. En: O. Valdivia y E. Bazán, eds. Anales del V Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima, pp. 236-239.
 30. MADRIGAL, E. (1989) Revisión de los enfoques para el diagnóstico de la dependencia a las sustancias psicoactivas CIE-10 y DSM III-R. Revista Latinoamericana sobre Alcohol y Drogas 1: 35-46.
 31. MATOS-MAR, J. (1963) Los grupos domésticos. Cuadernos del Centro de Estudiantes de antropología. Lima. Publicación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, vol. 2.
 32. MENA, I, GIAMBETTI, R, MODY, CK et al. (1990) Acute cerebral blood flow changes with cocaine intoxication. Neurology 40 (Suppl): 179.
 33. MINISTERIO DE SALUD (1990) Sistema de Registro del Uso y Abuso de Alcohol y Drogas (RENAD). Proyecto de Educación e Información Pública sobre Drogas. Lima. Publicación editada en el marco del convenio Perú AID.
 34. NAVARRO-CUEVA, R. et al. (1988) Perfiles del síndrome de la pasta básica de cocaína. Psicoactiva. Lima, CEDRO. pp. 55-90.
 35. NAVARRO-CUEVA, R. (1989) Aspectos clínicos de la dependencia a pasta básica de cocaína. En: FR León y R. Castro de la Mata, eds. Pasta básica de cocaína, Un estudio multidisciplinario. Lima, CEDRO, pp. 117-136.
 36. NIZAMA, M. (1978) Jerga utilizada por los consumidores de drogas. Revista de la Sanidad del Ministerio del Interior 39: 175-179.
 37. NIZAMA, M. (1979) Síndrome de pasta básica de cocaína. Fenomenología clínica, historia natural y descripción de la subcultura. Revista de Neuropsiquiatría 43: 114-208.
 38. NIZAMA, M. Sociedad, Familia y Drogas. Tomo I, Trujillo, Marsol Perú Editores, 1985.
 39. NIZAMA, M. (1988) Conciencia social y drogas. Anales de Salud Mental 4: 98-118.
 40. NIZAMA, M. (1989) Tratamiento Ecológico de la dependencia de drogas. Lima, Imprenta Valdivia.
 41. OLIVER, E. (1988) Estudio en hijos de

- farmacodependientes a la pasta de coca. *Anales de Salud Mental* 4: 81-97.
42. OLIVER, E. (1986) Psicopatología de la adicción a pasta de coca. *Revista de Psicología* 1: 21-31.
 43. OLIVER, E. (1987) Aspectos epidemiológicos, clínicos y socioculturales sobre el uso y abuso de drogas en estudiantes secundarios del Callao. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tesis de Maestría en Medicina.
 44. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (1974) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 20 informe. Ginebra. Serie de informes técnicos N° 551.
 45. PLOWMAN, T. (1980) Aspectos botánicos de la coca. En: FR Jerí, ed. *Cocaína*, Actas del Seminario Interamericano sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y de la Cocaína. Lima, Pacific Press, 1980, pp. 100-117.
 46. REPETTO, M., CARRASCO, I.; DOMINGUEZ, C. et al. (1985) *Toxicología de la drogadicción*. Madrid, Díaz de Santos SA, pp. 18-19.
 47. RODRIGUEZ, AM. (1989) La psicopatía en la dependencia a la pasta básica de cocaína vista a través de la escala 4 del inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI): Un estudio comparativo entre un grupo de dependientes a pasta básica de cocaína (PBC) y un grupo control. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú. Memoria de Tesis de Bachiller de Psicología.
 48. ROSTWOROWSKI, M. (1989) *Costa peruana prehispánica 2a.ed.* Lima Instituto de Estudios Peruanos, cap. VIII.
 49. ROTONDO, H. et al. (1959) Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita, Resultados de la aplicación del índice médico de Cornell. *Revista Psiquiátrica Peruana* 2: 3-4.
 50. SALCEDO, JM. (1989) El laberinto de la coca. *Quehacer*, Revista bimestral del Centro de Estudios y Promoción de Desarrollo DESCO. Lima, junio-julio, 59: 36-67.
 51. SANCHEZ, E. (1978) Algunos aspectos epidemiológicos a pasta básica de cocaína. *Revista de Neuropsiquiatría* 41: 75-82.
 52. SAN MIGUEL, GA. (1979) Estudio acerca del consumo de drogas en un grupo de estudiantes del último año de educación secundaria en Lima Metropolitana. Lima, Universidad Particular Inca Garcilazo de la Vega, Tesis de Licenciatura en Psicología.
 53. SMITH, DE. y WESSON, DR. (1980) *Cocaína*. En: FR Jerí, ed. *Cocaína 1980*, Actas del Seminario Interamericano sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y de la Cocaína. Lima, Pacific Press, pp. 55-85.
 54. SOTOMAYOR, J. (1976) El problema de las drogas en un grupo de estudiantes de secundaria de Lima. In: R Alarcón, J. Infante, C. Ponce y A. Bibolini, eds. *La investigación psicológica en el Perú*. Lima, Sociedad Peruana de Psicología.
 55. TARR, JE y MACKLIN, M. (1987) *Cocaína. Clínicas Pediátricas de Norteamérica, Dependencia química*. Nueva Editorial Interamericana. vol.2, pp. 351-364.
 56. TORO-MONTALVO, C. (1961) *Mitos y leyendas del Perú*. Tomo II, Lima, Editores Importadores S A. pp. 333-337.
 57. TORRES DE GALVIS, Y. y MURELLE, L. (1989) Consumo de sustancias que producen dependencia en Colombia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 107: 485-493, .
 58. VARENNE, G. (1973) El abuso de las drogas. Madrid Ediciones Guadarrama,
 59. VILLANUEVA, MR. (1989) Factores psicológicos asociados a la iniciación y habituación. En: FR Jerí y R. Castro de la Mata, eds. *Pasta básica de cocaína. Un estudio multidisciplinario*. Lima, CEDRO, pp. 167-209.
 60. WISE, RA. (1980) Acción directa de la cocaína sobre los mecanismos cerebrales del comportamiento complejo. En: FR Jerí, ed. *Cocaína 1980*. Actas del Seminario Interamericano sobre Aspectos Médicos y Sociológicos de la Coca y de la Cocaína. Lima, Pacific Press, pp. 24-32.
 61. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1975) *Ninth revision of the international Classification of diseases*, chapter V: *Mental Disorders*. Génova.

Dirección Postal: Torre de Consultortos N° 303 Clínica Anglo Americana - Alfredo Salazar 314 - San Isidro - Lima 27