

PROYECTO DE UN SERVICIO DE FARMACODEPENDENCIA EN EL CENTRO DE REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL DE IQUITOS

Martín NIZAMA V.*; Julio AREVALO S.**; Herminia De Los RIOS S.***; Mónica PEÑA A.**** & Hildebrando ASPAJO M.*****

I PRESENTACION

El presente proyecto contiene el plan de trabajo del futuro Servicio de Farmacodependencia del actual Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos (CREMI). El proyecto ha sido elaborado por el autor principal de esta contribución, Jefe del Dpto. de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» de Lima, con la participación del equipo interdisciplinario, técnico y administrativo del CREMI conducido por el psiquiatra Dr. Julio Arévalo Sánchez, Director de dicho Centro asistencial. El plan fue elaborado en concordancia con las normas técnicas vigentes.

La base legal del proyecto es la Resolución Directoral N°002-91-OP-DRS-GRA del nueve de enero de 1991 que crea el CREMI.

La comunicación contiene los antecedentes, la historia y el diagnóstico situacional de la enfermedad adictiva en la Región Loreto; al igual que el plan y la metodología de trabajo; además, comprende los requerimientos de recursos humanos,

la propuesta de construcción del Pabellón de Farmacodependencia y tres anexos complementarios.

II ANTECEDENTES

Los antecedentes del proyecto se remontan al primero de abril de 1982, fecha en la cual, un grupo de connotadas personalidades locales, asesoradas por el Dr. Arévalo, se reunieron en el local del Colegio Médico del Perú, Consejo Regional II, ubicado en el Jr. Próspero 251, Iquitos, y decidieron la formación de un grupo denominado ARCANA, voz amuesha que significa «proteger a alguien», con el fin altruista de adquirir medicamentos para los pacientes psiquiátricos de condición clínica aguda y en situación de insolvencia económica; asimismo, aquella organización humanitaria estaba interesada en la detección precoz de los casos psiquiátricos que hubieran en la comunidad, recurriendo para ello a la dramatización en público de la sintomatología inicial de las diversas enfermedades mentales; verbigracia, esquizofrenia y adicciones entre otras. Igualmente, los miembros del grupo ARCANA decidieron gestionar fondos para la

* Médico Psiquiatra.
** Médico Psiquiatra. Director del CREMI
*** Psicóloga del CREMI
**** Trabajadora Social del CREMI
***** C.P.C. Administrador del CREMI.

construcción de una Granja Psiquiátrica que posibilitara la atención de pacientes psicóticos y adictos, principalmente. Dichas gestiones culminaron un año más tarde con la donación de un terreno por parte del filántropo loretano Dr. Alberto Ramos Castañeda, concretada el veintisiete de agosto de 1983. El terreno tiene una área de 2,550 metros cuadrados y se encuentra ubicado en el km. 2.8 de la Carretera a Santo Tomás.

La envergadura de la construcción de la Granja Psiquiátrica motivó el apoyo espontáneo de las damas de la UNION FEMENINA LORETO 5 - 25, institución conformada por las esposas de los miembros de la Gran Logía Masónica del Perú, filial Iquitos, quienes lograron el apoyo de la Corporación Departamental de Loreto al igual que de instituciones privadas pertenecientes a la banca, la industria y el comercio y de ciudadanos notables de la localidad. Fue así como, el veintiuno de setiembre de 1985, se inauguró la Granja Psiquiátrica. El veintisiete de agosto de 1986, se entregó la mencionada institución a la Unidad Departamental de Salud de Loreto, mediante Testimonio de Escritura Pública de Donación.

En 1987 se formuló el requerimiento de recursos humanos al Ministerio de Salud. En 1988, la Granja Psiquiátrica pasó a depender del Hospital de Apoyo Iquitos como Centro de Rehabilitación para Fármacodependientes. Desde entonces, limitaciones insalvables tales como los frecuentes cambios de Directores Regionales, las políticas disímiles de aquellos, así como las coyunturas políticas contingentes imposibilitaron su funcionamiento, no obstante que dicho servicio era una necesidad sentida de la comunidad iquiteña.

Por fin, el nueve de enero de 1991, según Resolución Directoral N°002-91-OP-DRS-GRA, se designa la Comisión de Funcionamiento del CREMI, siendo nombrado director el Dr. Arévalo. El cinco de febrero de 1991, se efectuó la primera captación de pacientes psicóticos crónicos que deambulaban por la ciudad, los mismos que fueron internados transitoriamente en ambientes improvisados del Hospital de Apoyo Iquitos.

El nueve de marzo, de 1991, entró, finalmente, en funcionamiento, la Granja Psiquiátrica siendo designado como su primer director el Dr. Julio Arévalo Sánchez; para el efecto, fueron trasladados los pacientes del Hospital de Apoyo Iquitos a la Granja.

De otro lado, debido a la necesidad de la comunidad iquiteña de contar con un servicio de hospitalización para atender la creciente demanda de asistencia médica para los pacientes adictos de la localidad, la Granja Psiquiátrica asume la responsabilidad y solicita apoyo especializado al Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», con el objeto de elaborar un programa de atención para estos enfermos. Por tal motivo, desde del 13 al 20 de octubre de 1991, permaneció en la ciudad de Iquitos el Dr. Martín Nizama Valladolid elaborando el presente Proyecto.

III BREVE HISTORIA DE LA FARMACODEPENDENCIA EN IQUITOS

En la actualidad no se disponen de estadísticas confiables que posibiliten la cuantificación del consumo lícito e ilícito de drogas en la comunidad iquiteña.

De manera general, observaciones de profesionales que laboran en la localidad, permiten establecer tres etapas en el decurso de la historia de la farmacodependencia en la Región Loreto; éstas son las siguientes:

Primera Etapa

A fines del S. XIX y comienzos del S. XX, entre 1880 y 1920, se dió en Loreto la denominada «era cauchera», que devino en una época de bonanza económica, con enorme influencia europea en los estilos de vida de la población local. Fue de este modo, que se importó desde Europa el rapé o clorhidrato de cocaína para consumo hedonístico, principalmente, por parte de personas de la élite social de Iquitos. Acabado el «boom del caucho», declinó tal tendencia.

Segunda Etapa

En la década del sesenta, aproximadamente desde 1963, apareció en Iquitos el uso recreacional de marihuana, principalmente entre adolescentes y algunos adultos, profesionales de éxito. Entre los adolescentes de las clases media y alta de la ciudad se dio un consumo muy extendido; el mismo que era justificado al considerársele «parte de la adolescencia»; la marihuana se constituyó, así, en la droga «snob» en ciertos sectores juveniles autodenominados «nuevaoleros»; los mismos que eran identificados como «rocanroleros» por las personas adultas no consumidoras. Los adolescentes usuarios de entonces llamaban la atención de la colectividad por su comportamiento desinhibido, no convencional. Se sentían «liberados», es decir, libres de todo control familiar.

Como quiera que a Iquitos lle-

gaba marihuana de Colombia denominada «moño rojo», cuya calidad superaba ampliamente a la nativa, conocida como «dechuga», los usuarios limeños comenzaron a llegar a la ciudad para consumir la marihuana colombiana, demostrando comportamientos antisociales muy marcados por lo que la colectividad los comenzó a identificar peyorativamente como «marihuaneros» para diferenciarlos de los consumidores recreacionales u ocasionales de la localidad.

Por entonces, en Iquitos, mayormente no se daba el consumo de marihuana en el sexo femenino; el ritual de consumo se desarrollaba en forma grupal, principalmente a lo largo del Malecón Tarapacá, donde grupos juveniles se dedicaban a cantar, tocar guitarra, beber cerveza y a fumar marihuana, experimentando la sensación de «volar», según ellos. Asimismo, cabe destacar que no existía control ni censura social alguna. Ciertos profesionales asociados al éxito eran conocidos usuarios crónicos de marihuana y asumían el rol de líderes de los grupos de consumidores juveniles. Algunas familias de la localidad hicieron fortuna como resultado de la relación con el tráfico de marihuana.

Tercera Etapa

En 1975, comienza a declinar en la Región Loreto el «boom del petróleo»; y a la vez, se hace evidente el «boom del narcotráfico». En una primera fase, Iquitos es el centro del paso (pase) de la pasta básica de cocaína (PBC) procedente de Colombia hacia la capital de la República y a los Estados Unidos de Norteamérica. Para tal efecto, servían de transportadores («burros») desde la frontera peruano-colombiana a Iquitos, ciertos comerciantes y

no pocos docentes que cumpliendo tal función en épocas de vacaciones escolares, compensaban de este modo sus magros sueldos para poder sobrevivir. Fue así, como, inicialmente, Iquitos se convirtió en **importador** de PBC. En esta etapa no hubo represión ni control estatal efectivo.

A continuación, comienza la producción extendida de hoja de coca en el Valle del Huallaga Central y Alto Huallaga, particularmente en Tingo María, Tocache, Uchiza, Tarapoto, Bellavista, Juanjuí, entre otros, localizados mayormente en el Departamento de San Martín. Paralelamente se inició la elaboración de PBC e Iquitos, convertido en la ruta de salida de la droga.

A partir de entonces, Iquitos pasa a la condición de **exportador** de PBC; apareciendo numerosas familias con signos exteriores de riqueza y que pronto adquirieron omnímodo poder económico; las mismas, derrochaban dinero y desarrollaban una vida opulenta, invirtiendo de esta manera la escala del status social. Los denominados "narcos" pasaron a ocupar temporalmente el primer lugar en la escala social, desplazando a los profesionales y empresarios honestos a un segundo plano. Este fenómeno tuvo su acmé a finales de la década del setenta, particularmente en 1978.

A partir de 1980 se inician los decomisos, los controles y el encarcelamiento de personas vinculadas a las actividades del narcotráfico; comienza, así, una represión estatal efectiva en los niveles inferiores de la red narcotráficante. Este bajo perfil en la lucha contra la ilícita actividad se mantuvo hasta 1985, en que se inician acciones más decididas contra el círculo mayor del narcotráfico denominado los «intocables», algu-

nos de los cuales fueron apresados y otros lograron fugar al exterior, donde posteriormente fueron sometidos a la justicia.

Durante el lapso referido apareció la microcomercialización de PBC en Iquitos, comenzando la generalización del uso indiscriminado de esta sustancia psicoactiva; inicialmente en grupos juveniles y, posteriormente, en ciertos sectores de la población adulta joven, tanto desempleada como empleada. Entretanto, la colectividad no era consciente ni se percataba cabalmente del problema, percibiéndolo de modo minimizado, distorsionado y prejuiciado, con excepción de algunos esfuerzos preventivos vecinales que actuaron temporalmente a través de rondas urbanas.

Actualmente, el mercado de expendio de la PBC está extendido en toda la urbe, algunos de los cuales son denominados «fumaderos» porque, además de vender la droga, sus conductores permiten que los usuarios la fumen **in situ**.

Además, se conoce de la venta de drogas en motocicleta y mediante comunicación telefónica a personas conocidas.

En esta situación, debido a los prejuicios sociales, los familiares de individuos afectos preferían hacerlos atender en la capital de la República para evitar el estigma social.

IV DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Los indicadores indirectos existentes en la comunidad local indujeron a Arévalo a abordar el problema desde la aproximación epidemiológica. Así, en octubre de 1985, efectuó un estudio de prevalencia

del uso de drogas en la población escolar secundaria de Iquitos (2). Sus hallazgos revelaron la dimensión del problema en una muestra de 4,902 escolares, representativa de un universo de 12,366 estudiantes a los que aplicó una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud denominada Test de Vigilancia Epidemiológica de Drogas.

El estudio de Arévalo encontró que la prevalencia de consumo de alcohol era de 31.5 % en los varones y de 7.02 % en las mujeres. La prevalencia de uso de marihuana fue de 3.35 % en varones y de 0.43 % en las mujeres. En relación a la PBC, fue de 4.02 % en varones y de 0.43 % en las mujeres.

Respecto al uso de inhalables, éste fue de 0.74 % en varones y 0.16 % en mujeres. Los psicofármacos tuvieron una prevalencia de 0.82 % en varones y de 0.16 % en mujeres.

Cabe señalar, que un grupo de 416 alumnos encuestados que representaban el 9.17 % admitieron el consumo de alcohol, empero comunicaron que no lo conceptualizaban como una droga.

En la actualidad, se observa una virtual extinción del uso de marihuana en Iquitos. A la vez, es evidente el auge marcado de la venta ilegal de PBC mediante las más inverosímiles modalidades; por ejemplo, los niños que se dedican a vender cigarrillos, caramelos y gomas de mascar en lugares públicos, paralelamente comercializan la PBC en forma disimulada; o ciertos vendedores ambulantes que hacen lo mismo en los alrededores de los centros escolares.

Otro indicador a ser considerado es el uso de la playa del río

Amazonas como un «fumadero» libre. Los usuarios acostumbran a ocultarse en la maleza en época de verano. Para ello, preparan una especie de covacha donde se guarecen del sol durante el día, mientras fuman sin preocuparse de la acción policial o de la observación de la gente. Por esta característica de fumar en forma tan **sui generis**, se les denomina «topos».

En el ámbito policial y médico-legal, también se pueden verificar semanalmente numerosas detenciones y peritajes a presuntos adictos que han cometido delitos de diversa índole, mayormente hurtos.

En el ámbito judicial, un elevado porcentaje de internos, sufre encarcelamiento por delitos de microcomercialización y actos afines. También es conocido el expendio de drogas en el interior del centro de reclusión.

Del mismo modo, se observa numerosos adictos que deambulan por las calles en condiciones físicas y psíquicas deplorables, suelen dedicarse a cuidar vehículos motorizados en cines, restaurantes, fiestas, etc.

Igualmente, es común observar que alrededor de 30 a 40 adictos a PBC y niños en estado de abandono social, usuarios de sustancias inhalables, pernoctan diariamente en la Plaza 28 de Julio. Lo mismo se aprecia en las mesas de los mercados Belén y Modelo.

Aproximadamente en 1988, comienzan a aparecer en la localidad las denominadas **bandas juveniles** constituidas mayormente por escolares, de preferencia varones, que presentan severos trastornos de conducta; asimismo, evidencian bajo

rendimiento académico y deserción escolar concomitante. Carecen de control familiar. Proceden de familias gravemente desajustadas o desorganizadas. Dichos grupos juveniles desadaptados persisten hasta la actualidad. Actúan en pandillas de 10 a 40 integrantes. Deambulan por las calles, copándolas. Impiden el tránsito, asaltan a los transeúntes y a los motocarristas. Ingresan a las fiestas en forma prepotente. Se apoderan de territorios a los que no pueden acceder habitualmente. Asaltan domicilios, hostigan a las personas que los denuncian a quienes atacan lanzándoles piedras, les destruyen las ventanas, puertas y remiten cartas de amenaza exigiéndoles dinero. Son guiados por un líder al que endiosan y otorgan lealtad absoluta. Se hacen acompañar de adolescentes mujeres que a menudo practican la promiscuidad sexual. Tienen códigos sul generis de comunicación no verbal. Adoptan comportamientos estereotipados que imitan a ídolos «snob» del cine y la televisión. Pelean entre bandas por el dominio territorial y otros motivos. Se visten en forma extravagante y usan aditamentos, objetos y accesorios que los identifican entre sí, verbigracia aretes, muñequeras, vinchas y cortes de cabellos estilo «punk».

Estas pandillas, a menudo ingieren primero «trago corto» exótico de la región. Se embriagan, consumen PBC y en este estado deambulan en pandillas por las calles. Sus armas son machetes, cuchillos, cadenas y objetos punzocortantes que van golpeando en las pistas en actitud amenazante y de intimidación. A su paso, los vecinos se ven forzados a cerrar sus puertas y ventanas para protegerse.

Se comportan con violencia primitiva y, a menudo, con suma ferocidad. Han cometido alrededor de una

decena de crímenes. Actualmente, en Iquitos, se conoce alrededor de 17 bandas juveniles.

Los indicadores indirectos precedentes inducen a pensar que existe una cantidad no precisada de adictos a sustancias ilícitas que representan una proporción significativa de la población, que a la vez se constituye en un peligro social, siendo su atención médica una necesidad altamente sentida en la comunidad iquiteña. Según estimaciones muy conservadoras del CREMI se considera que en la actualidad podrían haber no menos de 5,000 adictos a drogas ilegales, de los cuales, más del 85 % serían dependientes de PBC; el resto serían usuarios de cocaína o inhalables, entre otros.

Respecto al alcohol, la idiosincracia iquiteña es sumamente complaciente y tolerante con la ingesta de cerveza. Beber este licor en exceso es valorado socialmente en forma favorable. Se menciona que no se aceptan las «charlas secas», sin la compañía de las cervezas heladas, «helenitas». Así, en una reunión social tiene mayor **status** quien compra cerveza Pilsen. El que bebe con mayor intensidad es valorado como «buen amigo» y digno de la mayor confianza.

Los fines de semana el consumo es intenso, desde el viernes hasta el domingo. Un sarcerdote de la localidad, el R.P. Joaquin García, estimó, hace unos tres años que durante la semana de la fiesta de San Juan, la cantidad de cerveza consumida equivale al consumo de este licor durante el resto del año.

El ritual de consumo de bebidas alcohólicas durante los fines de semana es, también, valorado como un comportamiento normal por la familia; aceptándose que el cónyuge ingie-

ra licor fuera del hogar con amigos, al margen del entorno familiar.

Se estima que más del 90 % de la población consume licor en forma recreacional, excesiva o adictiva. La cifra de prevalencia de dependencia de bebidas alcohólicas es desconocida. Sin embargo, se puede afirmar conservadoramente, que alrededor del 20 por ciento de la población iquiteña presenta consumo incontrolado de alcohol con vasto predominio del sexo masculino y de la población adulta.

Cabe, también, mencionar que la colectividad estigmatiza al bebedor de aguardiente de caña, así como a los que ingieren bebidas exóticas tales como «Uvachado», «Coconachado», «Champañita», entre otras, cuya composición es poco conocida.

Asimismo, aquel que ingiere ron, es virtualmente identificado peyorativamente como un alcohólico; ante él la comunidad reacciona con tolerancia y conmiseración.

Según los indicadores precedentes, se estima que en la actualidad podrían haber unas 40.000 personas con abuso o dependencia de alcohol; la mayoría de las cuales no es fácilmente detectable debido a la excesiva tolerancia social prevalente. Al respecto Arévalo afirma, a manera de reivindicación regionalista que «lo que en Lima es un defecto, en Iquitos es supuestamente una virtud».

Lo antes referido, demuestra que para la comunidad iquiteña es una necesidad sentida la creación de un servicio de atención especializada en el área de la adicción, tanto en prevención primaria, como en prevención secundaria y terciaria.

V PLAN DE TRABAJO

A.- OBJETIVOS

A.1. GENERALES

- Reducir la incidencia y prevalencia de la dependencia de drogas alcohólicas y no alcohólicas que afectan a la comunidad iquiteña.

- Promover la prevención del consumo indiscriminado de sustancias psicoactivas en Iquitos, sean éstas lícitas o ilícitas.

A.2. ESPECIFICOS

- Ofertar modelos alternativos de tratamiento a los pacientes con problemas adictivos.

- Sensibilizar a la comunidad e impulsar el desarrollo de una conciencia cabal acerca del problema de las drogas.

- Desarrollar investigación científica en el plano epidemiológico, preventivo y terapéutico, de la rehabilitación; así como de la reeducación y en el seguimiento de casos.

- Ofrecer docencia en el área de la dependencia de drogas.

- Contribuir a la erradicación de los mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas que distorsionan la percepción social y familiar del fenómeno adictivo.

- Promover la salud psíquica integral en la familia priorizando el logro de la madurez de la personalidad de sus miembros.

- Ofrecer docencia en el área de

la dependencia de drogas.

B.- PLANEAMIENTO DE ACTIVIDADES

El planeamiento de actividades comprende tres niveles, a saber:

B.1. ACTIVIDADES DE CORTO PLAZO

Acciones Organizativas:

- 1- Organizar la Unidad de Consulta Externa para la atención de fármacodependientes, la misma que funcionará transitoriamente en el el Consultorio Externo de Psiquiatría del Hospital Apoyo Iquitos.
- 2- Organizar la Unidad de Clínica de Día en el CREMI.
- 3- Realizar trabajo en vacío con el equipo profesional y no profesional.
- 4- Organizar la Unidad Administrativa del Servicio de Fármacodependencia.
- 5- Organizar el archivo de historias clínicas de los pacientes.
- 6- Poner en funcionamiento, a la brevedad posible, la Unidad de Consulta Externa de Fármacodependencia.
- 7- Organizar la Asociación de Familiares de Adictos que reciben atención en el CREMI dotándola de personería jurídica.

Acciones de salud:

a) Consulta Externa

- 1- Atención ambulatoria de la de-

manda espontánea de pacientes o familiares con problemas de adicción.

- 2- Brindar atención especializada e interdisciplinaria a los pacientes adictos agudos y crónicos.
 - 3- Orientar a las familias que requieren información acerca de los problemas adictivos.
 - 4- Realizar intervención en crisis en familias en situación crítica provocada por la conducta sicopática del usuario crónico.
 - 5- Realizar el seguimiento a largo plazo de los pacientes en proceso de rehabilitación y de reeducación integral (1).
 - 6- Resolver las interconsultas de los diferentes Hospitales de la localidad por problemas de adicción.
 - 7- Atender, dentro de las posibilidades de la Unidad, las solicitudes de peritaje médico-legal formuladas UNICAMENTE por los jueces instructores.
 - 8- Desarrollar actividades docentes en el pre y postgrado; así como en la comunidad educativa y en las organizaciones sociales.
- b) Clínica de Día**
- 1- Implementar ambientes físicos para la Clínica de Día con capacidad de atención para 25 pacientes.
 - 2- Capacitación del personal profesional y no profesional del CREMI en el Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental

«Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» de Lima, por un tiempo promedio de 6 meses.

- 3- Organizar las actividades administrativas, de coordinación y terapéuticas tanto con los pacientes como con los familiares.
- 4- Trabajar principalmente en base a la organización familiar con el apoyo técnico del equipo interdisciplinario del CREMI.
- 5- Organizar y calendarizar con carácter OBLIGATORIO las actividades científicas correspondientes: reunión clínica interdisciplinaria con frecuencia quincenal, revista de revistas con frecuencia mensual, reunión de coordinación semanal y conferencias científicas una vez al mes.
- 6- Realizar con carácter OBLIGATORIO talleres de relaciones humanas y de dinámica de grupo con el personal profesional, dirigidas SIEMPRE por el médico psiquiatra director del equipo de trabajo. Se efectuarán con frecuencia mensual.

Al final de año se entregarán certificados de capacitación en salud mental al personal que asistió regularmente a no menos del 90 por ciento de las sesiones programadas.

Acciones Preventivas:

Las acciones de prevención primaria se efectuarán en el trinomio **comunidad-familia-individuo**, identificando previamente los grupos de **alto riesgo** (4), diferenciándolos de los grupos provistos de adecuada

salud mental (6). Se procederá del siguiente modo:

1- En la Comunidad

- a) En los grupos de alto riesgo.- Se denominan grupos de alto riesgo a los sectores sociales donde existe abundante microcomercialización de drogas; al igual que presencia importante de usuarios de dichas sustancias; así como indicadores de desorganización y de marginalidad social, etc. Identificado el grupo de alto riesgo se procede como sigue:

- Diagnóstico de campo realizado por el equipo profesional **in situ** con la participación de la comunidad objetivo. Identificación de las sustancias psicoactivas que se consumen; así como los lugares de microcomercialización y el probable número estimado de adictos.

- Elaboración del programa preventivo específico con participación hegemónica de la comunidad y el apoyo técnico del equipo profesional polivalente. Dicho programa debe considerar la evaluación de resultados.

- Buscar fuentes de financiamiento gubernamental y no gubernamental, nacional e internacional.

- Sensibilizar a la comunidad respecto al problema que se presenta en su seno.

- Identificar los líderes informales.

- Contactar y coordinar con las autoridades formales de la comunidad.

- Promover la formación de los clubes familiares de salud sicosocial.
- Brindar información idónea a la comunidad acerca de las drogas y de la adicción.
- Erradicar los mitos, tabúes, prejuicios, creencias y actitudes inadecuadas relacionadas con las drogas, su consumo y uso compulsivo (7).
- Desarrollar conciencia social acerca del problema adictivo dentro de la comunidad (9).
- Promover acciones comunitarias orientadas a erradicar los lugares de microcomercialización de drogas.
- Enseñar a la comunidad la detección precoz de los adictos encubiertos.
- Promover la acción coordinada de los Clubes Familiares de Salud Sicosocial con las rondas urbanas.
- Orientar a la comunidad acerca de los lugares de atención especializada para los adictos.

b) En los grupos con adecuada salud sicosocial.- Se define como salud psicosocial al estado de equilibrio psíquico en el cual una persona es capaz de funcionar eficientemente dentro de la sociedad en la que desarrolla sus características personales y obtener logros importantes para ella.

Se procede como sigue:

- Identificar indicadores directos e indirectos de salud psico-

social verbigracia: organización social y familiar adecuadas, altas tasas de población con ocupación laboral, bajas tasas de ingesta de drogas lícitas y de delincuencia, actividades de cooperación comunitaria, recreación grupal saludable, etc.

- Programar intervenciones orientadas a promover y preservar los indicadores positivos de salud psicosocial en la comunidad.

- Promover activamente la organización comunitaria orientada a desarrollar una óptima salud psicosocial en los grupos infantiles, juveniles, adultos, de tercera edad, familiares; así como promover la paternidad y la maternidad responsables, armonía en la relación de pareja y todo aquello que contribuye a la integración sociofamiliar.

- Desarrollar conciencia acerca del efecto pernicioso del uso indiscriminado y excesivo de alcohol, nicotina, fármacos (ingeridos mayormente por automedicación), PBC, marihuana, cocaína e inhalables.

2- En la Familia

a) En las familias de alto riesgo

- Identificar los indicadores de alto riesgo familiar (4,6) que exponen a una familia a la adicción; por ejemplo: desorganización familiar, presencia de sujetos alcohólicos y adictos a otras drogas en el seno familiar, ausencia de alerta familiar, etc.

- Enseñar a la familia los 5 factores preventivos esenciales:

1. Unidad familiar permanente.
2. Educación sólida de la familia.
3. Desarrollo de una personalidad madura.
4. Adecuada formación espiritual del niño.
5. Elección de compañías idóneas

- Brindar información correcta a la familia acerca de las drogas hedonísticas y de su consumo.

- Propugnar la modificación radical de los estilos de vida y patrones de comportamiento desajustado o patológico de la familia; como por ejemplo, sobreprotección maligna, simbiosis, maltrato, inversión de roles y conductas adictivas entre los miembros de la familia (5,7,10).

- Enseñar a la familia la detección temprana de casos e incentivarla para la búsqueda de ayuda médica precoz.

- Implementar la vigilancia epidemiológica por la misma comunidad, propiciando el registro de casos por el Club Familiar de Salud Psicosocial que a la vez debe informar al CREMI.

- Propugnar la educación de padres.

b) En familias armónicas

- Identificar los indicadores de salud psíquica familiar: comunicación abierta, asunción adecuada de roles, recreación y sano esparcimiento, organización familiar, etc.

- Propugnar una educación familiar adecuada a la realidad.

- Crear conciencia en la familia acerca de la necesidad de permanecer alerta contra el uso de drogas por parte de sus miembros.

- Promover el desarrollo de la madurez afectivo-emocional del entorno familiar.

3- En el Individuo

a) En alto riesgo

- Alertar al sujeto respecto a la exposición a las drogas y a su vulnerabilidad personal.

- Informar al individuo acerca de los riesgos de adquirir la enfermedad adictiva y de sus secuelas.

- Ofrecer opciones terapéuticas al individuo para sus desajustes, haciéndole comprender las ventajas de la ayuda para su salud psíquica.

- Protegerlo de la exposición al uso de drogas y de las compañías malsanas.

- Desmotivar al sujeto en el uso de drogas lícitas: alcohol, nicotina, psicofármacos ingeridos por automedicación e inhalables.

b) En la persona con riesgo mínimo

- Estimular el desarrollo adecuado de la personalidad para el logro de una madurez plena.

- Estimular hábitos saludables en la población infanto-juvenil: lectura educativa, actividades lúdicas apropiadas, actividades deportivas, sano esparcimiento, etc.

- Brindar información general acerca del riesgo del uso de drogas sin caer en el alarmismo o la distorsión.

B. 2. ACTIVIDADES DE MEDIANO PLAZO

A la brevedad posible, con el apoyo de la comunidad y del Estado, se construirá en el CREMI el Pabellón de Fármacodependencia con capacidad para 25 camas. Para el efecto se procederá como se consigna a continuación:

a) Construcción del Pabellón de Fármacodependencia

- Elaboración del proyecto de construcción del Pabellón de Fármacodependencia por la Secretaría Regional de Infraestructura del Gobierno Regional de Loreto.

- Financiamiento de la construcción del Pabellón por el Consejo Provincial de Maynas.

- El pabellón debe tener las siguientes características técnicas de necesidad clínica:

- Instalaciones de alta seguridad para evitar las fugas; así como para minimizar las auto-agresiones y el riesgo suicida u homicida en los pacientes que presentan psicopatía grave y/o trastornos psicotóxicos severos.

- Los ambientes del pabellón deben proteger al paciente del probable ingreso subrepticio de las drogas para el consumo encubierto.

- Los ambientes de hospitalización deben ser individualizados,

con baño propio, sanitarios y lavatorios de material resistente al poder destructivo del paciente, que pugna por fugarse. Con tal propósito éste puede utilizar cualquier estratagema, acto de violencia o instrumento.

- Los ambientes de aislamiento deben tener las siguientes características:

- Las dimensiones de las habitaciones deben ser las siguientes: 4 x 3 m. de área por 3 m. de altura.

- La cama debe ser de cemento, de plaza y media, de 30 cm. de altura, en bloque macizo. Así se evitará que use el fierro de una cama común para destruir su habitación.

- La puerta de la habitación debe ser muy segura: de madera y acolchada con una ventana en el centro de 20 x 15 cm. con alero exterior y puerta con abertura externa.

- La puerta debe abrirse hacia afuera, con chapa también hacia el exterior.

- La ventilación debe ser suficiente con ventanas altas. En el tercio superior la construcción requiere ladrillos ornamentales. No colocar este tipo de ladrillos en la pared contigua a la cama.

- Las instalaciones eléctricas deben tener manipulación externa. Asimismo, los fluorescentes deben ser empotrados y protegidos contra acciones destructivas o intentos suicidas del paciente.

- Durante los primeros meses no poner sillas, mesas ni nin-

gún otro mobiliario hasta que el equipo interdisciplinario lo estime necesario.

- Dotar al pabellón de sistema de parlantes para la música ambiental.

- Construcción de ambientes independientes para laborterapia, lectura terapéutica, ludoterapia, terapia de grupo, taller de carpintería, cerámica, arteterapia y campos deportivos: fútbol, básquetbol, vóley, gimnasia y una piscina.

- Igualmente, construir un consultorio médico y ambientes para psicología, servicio social y terapia ocupacional.

Además, un tópico de enfermería, un vestidor de enfermería y de servicio. También, un almacén y un ambiente para la biblioteca.

- Implementación del pabellón

B. DE LARGO PLAZO

- Elaborar programas de seguimiento en concordancia con los programas terapéuticos implementados.

- Evaluación de resultados de los programas terapéuticos que se apliquen (3).

C. RECURSOS

1- Humanos

Profesionales: 2 médicos psiquiatras; 1 médico internista; 5 enfermeras; 2 psicólogos; 2 trabajadores sociales; 1 terapeuta físico; 1 terapeuta ocupacional; 1 profesor.

No Profesionales: 10 técnicos de enfermería; 2 porteros; 4 vigilantes; 2 personas de mantenimiento.

2- Materiales

De ambientes de hospitalización
De consultorios
Del estar de enfermería
De Laborterapia
Del vestidor de enfermería
Unidad de cómputo

3- Económicos

Los que asigne la Secretaría respectiva de la Región Loreto según el presupuesto anual elaborado por el CREMI.

D. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Se utilizarán los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud (12) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (1)

Para el logro de los objetivos de corto, mediano y largo plazo se procederá, mediante estrategias de atención primaria, en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Se utilizarán los modelos terapéuticos alternativos que se vienen aplicando actualmente en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», institución con la cual el CREMI celebrará un Convenio de colaboración mutua, en el que se asegure el apoyo técnico y la capacitación a través del Departamento de Fármacodependencia de dicho Instituto.

Los modelos a aplicarse son:

- 1- Modelo ecológico de tratamiento de la dependencia de drogas (8,10).

2- Modelo biopsicosocial, para el afronte de pacientes fármacodependientes.

Asimismo, se emplearán los siguientes instrumentos de trabajo clínico:

- 1- Ficha de Admisión de Nizama
- 2- Formato de Autorización y Compromiso Familiar
- 3- Historia Clínica Semiestructurada (11).
- 4- Estatutos de la Asociación de Familiares
- 5- Manual de Organización y Funciones del Servicio de Fármacodependencia del CREMI.
- 6- Manual de Normas y Procedimientos del Servicio de Fármacodependencia del CREMI.
- 7- Cartilla de capacitación y reeducación familiar, Cartilla de reeducación familiar integral y el programa cero; instrumentos pertenecientes al modelo eco-

lógico de tratamiento de la dependencia de drogas.

En la proyección a la comunidad se intervendrá mediante las siguientes estrategias:

- 1- Sensibilización de la comunidad mediante la difusión, utilizando los medios de comunicación social escrito, radial y televisivo.
- 2- Motivar a las autoridades, instituciones y líderes sociales para que brinden su apoyo a fin de concretar el proyecto.
- 3- Buscar apoyo financiero internacional para la ejecución del proyecto.
- 4- Generar una **imagen** social óptima del CREMI orientada a lograr el apoyo significativo y el respeto permanente hacia la institución. Son responsables de esta tarea todos los miembros del equipo de trabajo del Centro.
- 5- Interacción horizontal continua con los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM III-R), APA. Washington, DC.
- 2.- AREVALO J. (1986) Prevalencia del uso indebido de drogas en la población escolar secundaria de la ciudad de Iquitos. Proyecto para el estudio y prevención del uso indebido de drogas, a nivel escolar secundario y comunitario de la ciudad de Iquitos, Perú. Informe para la Oficina Ejecutiva de Control de Drogas del Ministerio del Interior (OFECOD), Lima.
- 3.- ARIF A, HUGHES P H, KHAN I, KHANT, U Klett C J, NAVARATNAM V SHAFIQUE M (1988) Fármacodependencia: Metodología para evaluar el tratamiento y la rehabilitación. Organización Mundial de la Salud, Publicación en Offset N°98. Ginebra.
- 4.- GARCIA E y RODRIGUEZ Y (1988) Nivel de riesgo de consumo de drogas en estudiantes de educación secundaria, Tesis para optar el Grado de Bachiller en Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Trujillo.
- 5.- NAPURI H. (1976) Psicoterapia familiar en pacientes dependientes de drogas, Anales del IV Congreso Nacional de Psiquiatría, pp. 222-225. Lima
- 6.- NIZAMA M. (1985): Prevención del consumo de drogas, Diagnóstico 16: 17-28.
- 7.- NIZAMA M. (1985) Sociedad, Familia y Drogas. Tomo II, Marsol Perú Editores. Trujillo.
- 8.- NIZAMA M. (1985) Terapia del silencio electrónico y de la comunicación humana auténtica. Un estudio clínico preliminar en 100 familiares. Diagnóstico, 18: 13-20.
- 9.- NIZAMA M. (1988) Conciencia social y drogas. Anales de Salud Mental, IV, Nos. 1 y 2: 98-118. Lima.
- 10.- NIZAMA M. (1989) Tratamiento ecológico de la dependencia de drogas. Imprenta Valdivia.
- 11.- NIZAMA M, ANGELES V, CACHAY C y SAAVEDRA A. (1990) Una Historia Clínica Semiestructurada en dependencia de drogas. Anales de Salud Mental IV, Nos. 1 y 2 : 29-74.
- 12.- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989) Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F10-F19): Mental and Behavioural Disorders.