

## DEPENDENCIA DE COCAINA: ENFERMEDAD PARADOJICA

Martín NIZAMA VALLADOLID(\*)

*Se presenta la conceptualización y sistematización de la experiencia clínica del autor acumulada tras 25 años de práctica terapéutica con pacientes adictos a la cocaína. Se describe esta dependencia como una enfermedad paradójica que se manifiesta en el adicto, la familia y el entorno social. Luego se presenta el mapeo mental del fenómeno adictivo que comprende ocho áreas. Dentro del entorno familiar se describe por primera vez el fenómeno de la escotosis. Seguidamente, se muestra en forma sucinta las fases de evolución clínica de esta adicción. Posteriormente se aborda el tratamiento, el manejo familiar de las adicciones, el manejo de la escotosis, misiones de la familia, el manejo global de los trastornos adictivos, los principios terapéuticos, las estrategias matrices, el afronte holístico de las adicciones y los objetivos terapéuticos. Prosiguen los módulos de la familia y del equipo interdisciplinario; así como el manejo anético de las adicciones y la guerra desigual contra las adicciones. Finalmente presenta una breve reseña del caso Maradona y una reflexión ética en torno al problema de las adicciones.*

**PALABRAS CLAVE:** *Dependencia de cocaína, drogas y deporte, trastorno adictivo, enfermedad adictiva, caso Maradona.*

## COCAINE DEPENDENCE: A PARADOXICAL ILLNESS

*The conceptualization and presentation of the author's clinical experience after 25 years of medical practice with cocaine-addicted patient is presented. This dependency is described as a paradoxical illness that affects the family, the social environment and the addict. Then, the eight-area mental mapping of the addictive phenomenon is presented. Inside the social environment, the "escotosis" phenomenon is described for the first time. Furthermore, the clinical evolution phases the addiction are briefly shown. After that, the treatment, the addictions familiar handling, "escotosis" handling, family missions, global management of addictive alterations, the therapeutical principles, the main strategies, the holistic approach of addictions and the therapeutical objectives are discussed. Moreover, the familiar and interdisciplinary team modules, the unethical handling of addictions, and the imbalanced war against addictions are exposed. Finally, a brief resume of Maradona's case and an ethical reflection around addictions problem is presented.*

**KEY WORDS:**

*Cocaine dependency, sports and drugs, addictive alterations, addictive illness, Maradona's case.*

\* Médico Psiquiatra. Director del Modelo Familiar: Enfoque Global de las Adicciones. Departamento de Farmacodependencia. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesor Principal de los Departamentos Académicos de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Torre de Consultorios Anglo Americana Calle Alfredo Salazar 314. Of. 303. San Isidro. Lima. Telf. 4219939 Anexo 433.

Luego de 25 años de práctica clínica se presenta una conceptualización y sistematización pormenorizada de la experiencia clínica acumulada por el autor en el manejo global de la adicción a la cocaína y otras dependencias, asumiendo que la familia es el eje vertebral del manejo preventivo terapéutico de este fenómeno mórbido hedonista y autodestructivo.

## LA ENFERMEDAD ADICTIVA

Desde 1957 la dependencia de drogas y con ella, la adicción a la cocaína fue reconocida como una enfermedad de la voluntad por la Organización Mundial de la Salud (29). El mismo criterio maneja la Asociación Psiquiátrica Americana (1). Ambas organizaciones médicas internacionales señalan que las principales manifestaciones de la intoxicación aguda y crónica con cocaína son: euforia, peleas, grandiosidad, estado de alerta, agitación psicomotriz, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral y social, verborrea, palpitaciones, dilatación de las pupilas, aumento de la presión arterial, sudoración, excitación sexual, ideación paranoide, sensación subjetiva de "pensamientos profundos", hacer sonar reiteradamente la nariz, irritabilidad, depresión o fatiga.

Además, la experiencia clínica enseña que los adictos a cocaína generalmente carecen de conciencia de enfermedad, mayormente presentan ausencia de motivación para el tratamiento, el cual rechazan o bien boicotean, carecen de voluntad suficiente para controlar el consumo de drogas y tienen tendencia a la recidiva. Asimismo, son avezados *manipuladores* y hábilmente se aprovechan de la ingenuidad y de la desinformación de los suyos con respecto a las drogas y se posesionan del *poder familiar*, el mismo que ejerce en forma tiránica y autodestructiva.

## UNA ENFERMEDAD PARADOJICA

La adicción a cocaína es una enfermedad paradójica porque el adicto, su familia y el entorno social presentan características contradictorias; a saber:

### a) El Adicto

1. *Está enfermo y se siente la persona más saludable.*

A menudo manifiesta: "yo estoy sano; ustedes están mal"; "no se metan conmigo".

2. *Es un enfermo de la voluntad pero se siente dueño de su decisión y libre albedrío.*

Con soberbia afirma: "yo domino la coca"; "la puedo dejar cuando quiera"; tengo fuerza de voluntad"; "yo no soy un coquero"; "si yo quiero no jalo".

3. *Es un esclavo de las drogas y se siente la persona más libre.*

Y, dice: "es mi libertad"; "yo mismo soy"; "déjenme vivir mi vida"; "ustedes no saben vivir la vida"; "me aburro"; "la droga libera"; "soy dueño de mí mismo".

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

Refiere: "la coca es droga refinada"; "la coca no hace daño"; "la nicotina relaja"; "la marihuana es benigna"; "yo sé controlarme"; "me gusta el vicio, y ¿qué?"; "todo el mundo se coquea".

5. *Se droga con los amigos y encubre su conducta autodestructiva a la familia, o la niega cínicamente. La familia está "ciega"; cree que todo va bien o es indiferente.*

El adicto encubierto expresa: "¡cómo se pueden envenenar con eso!"; "la droga mata neuronas"; "yo no lo haría"; "¡ése

es un adicto!"; "nunca voy a llegar a ese extremo".

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

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

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

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

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

Afirma: "es mi cuerpo"; "yo soy el que se droga; a usted no les hago daño"; "es mi vida"; "adoro a mis hijos"; "me drogo con mi plata, yo trabajo"; "en mi casa no falta nada".

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

Frecuentemente manifiesta: "yo no voy al médico"; "no necesito tratamiento"; "las pastillas me hacen daño"; "me van a volver loco"; "me van a acomplejar"; "el tratamiento es muy duro"; "por gusto gastan plata"; "mejor dénme el dinero a mí"; "me voy a poner peor". Al respecto, un alto dirigente del Club Rosario Central comentó: "Maradona está enfermo. Y lo peor es que no se deje ayudar". Igualmente el roquero argentino Charly García, rehusa el tratamiento médico.

10. *Es profundamente inmaduro e*

*irresponsable y se cree la persona más madura.*

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

### *El Esclavo Feliz*

En su obra *CARTAS A UN NOVELISTA*, el escritor Mario Vargas Llosa etiqueta al adicto como un "esclavo feliz", lo cual parecería una tragicómica frase de humor negro. Sin embargo, es una dura realidad, una dolorosa verdad que los familiares no deberían esmerarse en ocultar, negar, soslayar o minimizar.

### **b) La Familia**

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

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

2. *El paciente pertenece a su familia, convive con ella y es su responsabilidad ayudarlo; sin embargo, los familiares creen que el médico es el único que debe curarlo y ellos se sienten ajenos al tratamiento.*

La familia expresa: "háblele doctor; a usted le hace caso"; "déle pastillas"; "desintoxíquelo".

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

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

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

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

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

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

### c) El Entorno Social

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

El adicto dice: "mis amigos me comprenden; mi familia no"; "son onda retro; aburridos".

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

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

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

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

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

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

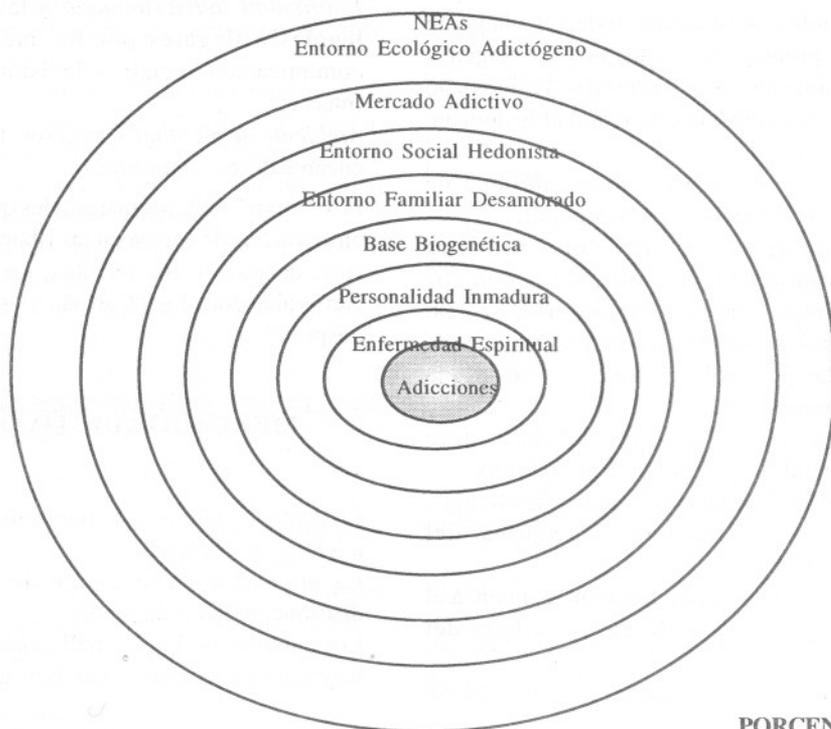
5. *Autoridades, comunidad y familia deberían proteger a la población contra el mercado de drogas; sin embargo evaden el problema, se muestran insensibles o repudian al adicto, quien es el "chivo expiatorio" del protervo, lucrativo e insaciable narconegocio.*

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

A continuación, se describe el **Mapeo Mental del Fenómeno Adictivo**, una visualización global y totalizadora de la enfermedad adictiva que comprende a la dependencia de cocaína.

## MAPEO MENTAL DEL FENÓMENO ADICTIVO

Autor: Martín Nizama Valladolid



AREAS

**PORCENTAJE**  
(Estimado)  
(%)

<b>1. ENTORNO ECOLÓGICO ADICTÓGENO</b> .....	10
Nidos ecológicos adictógenos (NEAs). Antro: "Sitio que jala y esclaviza". Casino	
<b>2. MERCADO ADICTIVO</b> .....	05
Comercio adictivo. "Huecos", delivery: "Vil negocio sucio". "Vicio". Juego	
<b>3. ENTORNO SOCIAL HEDONISTA</b> .....	15
Círculo de amigos: "El vicio hace al círculo y el círculo hace al vicio". "Círculo vicioso". Alimañas.	
<b>4. ENTORNO FAMILIAR DESAMORADO</b> .....	15
Coadicción. Permisividad, complacencia, tolerancia: "Mantiene el vicio".	
<b>5. BASE BIOGENÉTICA</b> .....	03
Vulnerabilidad biogenética. Predisposición: "padre borracho, hijo huasca"	
<b>6. PERSONALIDAD INMADURA</b> .....	20
Inmadurez. Voluble. "Bebe gigante". "Bebote": "Vivir el momento".	
<b>7. ENFERMEDAD ESPIRITUAL</b> .....	30
Soledad. Vida materialista. "Me aburro de estar aburrido", "cabeza hueca".	
<b>8. ADICCIONES</b> .....	2
"Esclavo feliz". "Yo estoy bien. Ustedes están locos". "Huye de su soledad".	
	100

## ENTORNO ECOLÓGICO ADICTÓGENO

El ambiente físico que rodea al adicto, en mayor proporción contribuye al origen y mantenimiento de las adicciones. Veamos sólo algunos aspectos de esta realidad hedonista:

- . *Hogar bar*: excesiva disponibilidad de bebidas alcohólicas en el domicilio.
- . *Hogar droga*: uso del domicilio para consumir drogas: solitario o con los amigos, sea en el dormitorio, azotea, cochera, sótano, baño o jardín. Siembra de plantas de marihuana en casa. Guarda la cocaína ("caleta").
- . *Carro droga*: uso del vehículo para consumir drogas, solo o acompañado.
- . *Lugar de expendio de drogas*: "zona roja", "hueco", "fumadero", "esquina del movimiento".
- . *La hora del vacilón*: hora que comienza el rito de consumir drogas. "La hora del gusano".
- . *La amanecida*: trasnochar y retornar a casa al amanecer.
- . *Trago para el frío*: ingerir licor con el pretexto del frío.
- . *Luces psicodélicas para el vuelo*: fiestas con luces multicolores para fumar marihuana.
- . *La PBC de la noche*: rito nocturno de fumar pasta básica de cocaína. "Fumón", "apache".
- . *Campamentos vacilonos*: paseo campestre con la finalidad de consumir drogas.
- . *Sol "chelas"* (cerveza): asociar el calor del sol con ingesta de alcohol.
- . *Playa "huiros"* (marihuana): asociar la playa con el rito de fumar marihuana.
- . *Tabla, "hierba" y "trago"*: usar el deporte de la tabla hawaiana para fumar marihuana y beber licor.
- . *Música estridente*: discoteca, video pub, karaoke, concierto, salsódromo, chichódromo.

- . *Lugares de recreo pernicioso*: bingo, casino, billar, peña, bar, cantina, "cocodromo", "chupódromo", máquinas tragamonedas.
- . *Publicidad indiscriminada* a las drogas legales e ilegales por los medios de comunicación social: televisión, radio, Internet.
- . *Ambiente de nicotina*: ceniceros, fósforos, encendedores, cigarreras.
- . *Los "topos"*: adictos marginales que viven en covachas de cartón en las riberas de los ríos, debajo de los puentes, en casas y carros abandonados. "Carroña", "guiñapo", despojo".

## MERCADO ADICTIVO

- . El contacto telefónico: teléfono celular, teléfono fijo, beeper.
- . La microcomercialización de drogas: distribución fija, a domicilio.
- . Los juegos: timba, pinball, videojuego, bingo, tragamonedas, billar, hípica.

## ENTORNO SOCIAL HEDONISTA

En el "mundo drogo" es común:

- . Que el ambiente hace al adicto y el adicto hace al ambiente.
- . Que el adicto se sienta como "pez en el agua" en compañía de sus amigos
- . Jerga: "loreo", "floreo".
- . La juerga: jueves "juergues"; viernes, "sábado chico"; "sábado de gloria".
- . El círculo de amigos, las pandillas juveniles, "niños de la calle".
- . El deporte trago: barra brava, trago fútbol.
- . Sexo droga: "jugadoras", orgías.
- . Fiestas en las que "corre la droga": "quinceañero", "pre-pre", pre-prom, "prom", "post prom".

## ENTORNO FAMILIAR DESAMORADO

Los miembros de la familia conforman un sistema interactivo espiritualmente muy sólido.

Por tanto, lo que le sucede a uno de ellos, afecta inevitablemente al resto del sistema; aún cuando no nos demos cuenta de esa interactividad. Veamos lo que acontece en la familia del adicto a cocaína:

- . La familia es responsable, mas no culpable de la adicción.
- . La adicción es una enfermedad familiar, el tratamiento también es familiar.
- . El adicto suele ser el “*chivo expiatorio*” de un entorno familiar desajustado (patológico).
- . Durante los primeros años, la familia suele permanecer “*ciega*”. No “*ve*” el problema.
- . Posteriormente, la familia encubre y mantiene la conducta adictiva: coadicción.
- . A continuación, la familia se siente impotente para manejar el problema y endosa al enfermo a terceras personas o a instituciones no idóneas, liberándose irresponsablemente de él.
- . Sin una familia cabalmente comprometida, el éxito terapéutico definitivo es improbable.

### Coadicción

Es el sostenimiento de la adicción por acción familiar involuntaria o inconsciente. Las causas por las cuales la familia, sin darse cuenta, mantiene la conducta adictiva del enfermo son: sentimientos de culpa, conmiseración, desinformación, irresponsabilidad familiar, mito tabúes, prejuicios, creencias y actitudes erróneas, entre otros trastornos.

Su familia no desea que él sea un adicto; mas, ella sin darse cuenta, con actitudes erróneas, frecuentemente mantiene, sostiene o apoya incondicionalmente la conducta adictiva del enfermo.

### Escotosis

#### Definición

##### General

Incapacidad cognoscitiva y afectiva para reconocer la realidad tal cual es.

##### Específica

Incapacidad cognoscitiva y afectiva para reconocer la enfermedad adictiva tal cual es, desde una interioridad sumida prolongadamente en el bloqueo intelectual y posesa de miedos; de origen principalmente inconsciente y mantenida en diferentes grados de intensidad por la desinformación, inmadurez e inconsciencia profunda de la enfermedad en la familia, en el adicto y en la colectividad.

#### Sinonimia

Oscurantismo mental. Negación. Torpeza. Bloqueo mental.

#### Denominación común

“Cuarto oscuro”. “Oscuridad”. “Agujero negro”. “Burbuja negra”. “Ceguera”. “Venda en los ojos”. “Oídos sordos”.

### Componentes

- . Inmadurez
- . Desinformación
- . Aferramiento
- . Cerrazón
- . Desorientación
- . Bloqueo cognoscitivo

#### 1. Inmadurez

Inseguridad, carencia de autonomía e incapacidad actitudinal para afrontar la realidad en forma adaptativa, creativa y productiva.

## 2. Desinformación

- **Mitos:** “me volví adicto por curiosidad”, “la droga tiene garras”, “la droga libera”.  
**Falso:** la droga llena vacíos, es un producto comercial y el adicto es un “esclavo feliz”.
- **Tabúes:** “que nadie sepa”, “sólo bebo licor pero no soy adicto”, “de eso no se habla”, “si saben mis viejos les va a chocar”.
- **Prejuicios:** “la drogadicción es un vicio, una cochinateda”. **Falso:** la adicción es una enfermedad. “La drogadicción no tiene cura”. **Falso:** la adicción es una enfermedad curable.
- **Creencias irracionales:** “tiene que poner fuerza de voluntad”. **Falso:** el adicto es un enfermo de la voluntad; no tiene fuerza de voluntad.
- **Actitudes erróneas:** “¡bótenlo!, es la oveja negra, mal ejemplo”. Incorrecto: él urge de tratamiento médico especializado.
- **Atavismos:** “yo soy culpable”. **Falso:** la adicción es una enfermedad de origen multicausal. Hay responsables, mas no culpables.

## 3. Aferramiento

Apego emocional a las ideas oscurantistas, sin base racional alguna y contra las evidencias de la realidad: “oír lo que se quiere escuchar”, “ver lo que se quiere ver”.

## 4. Cerrazón

Incapacidad irreductible para escuchar, ver, comprender y aprender los conocimientos y experiencias nuevas: “oídos sordos”, “ceguera”, “cerrarse de poros”, “ya lo sé”.

## 5. Desorientación

Desubicación en la realidad con pérdida de la direccionalidad. No saber qué hacer ni a donde acudir.

## 6. Bloqueo Cognoscitivo

Anulación de la racionalidad debido a la sobrecarga de angustia, miedo o depresión con incapacidad para el accionar eficaz, efectivo y eficiente. Ineptitud: “estupidización”.

### Consecuencias

- Resentimiento
- Frustración
- Fracaso
- Poseso
- Conformismo
- Ostracismo
- Desesperanza
- Vida sin futuro
- Minusvalía
- Coadicción
- “Puerta giratoria”
- Deserción

## BASE BIOGENÉTICA

- Vulnerabilidad genética dada por los antecedentes familiares de adicción
- Circuito adictivo de reforzamiento positivo y reforzamiento negativo constituido por tres núcleos principales: núcleo *accumbens*, área tegmental ventral y *locus coeruleus*, con sus vías mesolímbica y mesocortical.

## PERSONALIDAD INMADURA

### Discapacitado Psicosocial

Debido a la inmadurez profunda de su personalidad, el adicto a la cocaína a menudo es incapaz de:

- Consumo diario: “agarrado por la droga”, “esclavo”.
- Psicosis tóxica: “tostao”, “está demás”, “crazy”.

### 6. Terminal

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

## CONCLUSIONES

### *El Adicto a la Cocaína:*

1. Carece de conciencia de enfermedad, por eso se siente sano.
2. Es una persona de alto riesgo para sí mismo y los suyos.
3. Es incapaz de cesar su adicción por sí mismo.
4. Requiere ayuda médica especializada urgente.
5. Sólo su familia (comprometida) es capaz de rescatarlo del *miasma adictivo* y de ayudarlo a desarrollar su personalidad hasta alcanzar la *madurez* plena.
6. Necesita protección familiar continúa contra el ambiente social nocivo que lo rodea hasta que sea capaz de cuidar de sí mismo.

### *Adicción Encubierta de Cocaína*

Todo dependiente de drogas pasa primero por una etapa de adicción encubierta (solapada) seguida de la etapa de adicción

abierta, manifiesta o visible.

A continuación se describen algunas manifestaciones del usuario inhalador de cocaína, cuando aún es un *adicto encubierto*.

1. Cuando trasnocha o amanece fuera de su domicilio presenta aliento alcohólico, sin embargo no está ebrio.
2. Al retornar al hogar luego de una “coqueada”, a menudo evade la mirada, y se justifica con mentiras. Suele ingresar directamente al baño donde permanece por largo tiempo. Igualmente demora en comenzar a orinar. Algunas veces se baña, luego duerme profundamente.
3. Después de una juerga y mientras duerme presenta palpitaciones, su respiración es dificultosa y acelerada.
4. Tras la inhalación de cocaína, se levanta en la noche a ingerir bebidas heladas sea agua o jugos. Frecuentemente mastica hielo.
5. A menudo, cuando retorna de la juerga exige relaciones sexuales a su pareja, demora excesivamente dicha relación, no llega al orgasmo y continúa el coito hasta que la pareja se cansa, quedando extenuada y no pocas veces con los genitales inflamados y adoloridos.
6. Durante las reuniones sociales acude con frecuencia al baño dentro del cual se escucha que aspira algo por la nariz. Este ritual lo practica solo o acompañado por amigos.
7. Algunas veces en la nariz o en las vellosidades de las fosas nasales se observan residuos de polvo blanco de cocaína. El lo niega afirmando enfáticamente que es otro tipo de sustancia.
8. En ocasiones, en forma accidental se le encuentra paquetes de polvo blanco de cocaína. Él miente afirmando que un amigo se la encargó o que inadvertidamente alguien le ha puesto dicha sustancia. Otras veces se le encuentran residuos de cocaína.

9. Cuando se encuentra con los efectos de la cocaína se conduce aceleradamente, mantiene los ojos muy abiertos, presenta las pupilas dilatadas, está eufórico y muy locuaz.
  10. En estado de ebriedad ingresa a un lugar privado: baño, dormitorio, etc.; y al salir ha desaparecido en él la embriaguez. Nuevamente está sobrio: despejado y lúcido ("parado").
  11. Mayormente, en el usuario de cocaína es común la siguiente triada: 1) Ingiere licor en exceso, 2) Inhala cocaína solapadamente y 3) Come cebiche al día siguiente.
  12. Al otro día de la juerga apetece comidas picantes fuertemente condimentadas con ají, limón, etc.
  13. También acostumbra el uso combinado de perfumes, colonias o lociones. Se las aplica en proporciones exageradas y con gran frecuencia.
  14. Todos los días y a cada momento, el "coquero" se coge o manipula la nariz, haciendo gesticulaciones sonoras y estereotipadas.
  15. Al día siguiente de una juerga estornuda con frecuencia. Ruidosamente hace sonar la nariz expulsando abundantes secreciones mucosas en el baño o en cualquier otro lugar. A la par, su voz es ronca y un tanto apagada.
  16. Aún así, él niega ser adicto. Por otro lado, la familia desconoce que él usa drogas: "todos pueden caer, menos uno de los nuestros", suelen creer equivocadamente.
- . Soberbia
  - . Inconsciencia de enfermedad
  - . Verborrea
  - . Ideación paranoide
  - . Mendacidad
  - . Extravagancia
  - . Evasión
  - . Cinismo
  - . Irresponsabilidad
  - . Desorden alimentario
  - . Labilidad emocional
  - . Pseudoarrepentimiento
  - . Fugas y desaparecidas
  - . Promesas incumplidas
  - . Rol de víctima
  - . Embuste
  - . Omnipotencia
  - . Omnisciencia
  - . Autoendiosamiento
  - . Pérdida del juicio de realidad
  - . Admisión tardía de tratamiento

## TRATAMIENTO

El tratamiento de estos pacientes es controversial por antonomasia. Sin embargo, está claro que ni el psicoanálisis ni el abordaje cognitivo conductual, aplicados en forma aislada, han probado ser útiles en el manejo de estos enfermos a largo plazo.

Del mismo modo, cabe anotar que en el adicto independientemente del enfoque conceptual con el que se afronte el tratamiento, es condición *sine qua non* lo siguiente.

### Adicción Manifiesta

Los principales síntomas clínicos de la dependencia de cocaína manifiesta son:

- . Irritabilidad
  - . Agresividad
  - . Hedonismo
  - . Desenfreno
  - . Contacto psicopático
1. Existencia de un adecuado soporte familiar: saneado, con autoridad firme, previamente entrenado y con capacidad para manejar eficazmente el problema adictivo que se presenta en su seno.
  2. Es la familia, la que decide el tratamiento, lo aplica en el hogar y es la responsable del éxito o del fracaso final de la intervención terapéutica.

3. El compromiso familiar auténtico, profundo y perseverante es la clave esencial del éxito terapéutico definitivo: la familia comprometida siempre lo logra.
4. Un tratamiento correcto comienza por la familia, continúa con ella y acaba teniendo como eje al entorno familiar. Este, es el *Modelo Familiar: Afronte Global de las Adicciones* que el autor viene aplicando satisfactoriamente en el Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" con familias que presentan casos de adicción.
5. Poseer un programa terapéutico integral, humanista, de base científica y con objetivos definidos en el corto, mediano y largo plazo.
6. Disponer de un equipo médico e interdisciplinario con experiencia en el manejo del fenómeno adictivo.
7. Aceptar que el adicto generalmente no se encuentra en realidad motivado para el tratamiento, y que por ser un enfermo de la voluntad, es incongruente esperar o solicitarle que "ponga de su voluntad" para curarse. El adicto recién desarrolla conciencia de enfermedad a partir del segundo o tercer año de abstinencia total, tras haber iniciado el tratamiento. Antes, a menudo procura deshacerse de la ayuda terapéutica, recurriendo a diversas estrategias.
8. Desde el comienzo, la familia debe optar por renunciar a su errónea expectativa de la "cura mágica", "cura milagrosa", cura breve, fácil, por encargo o de endosar al enfermo a terceros, sin asumir responsabilidades directas en el manejo terapéutico del caso.

Es más, un programa terapéutico dirigido a la recuperación total y definitiva del adicto, necesariamente debe manejar los siguientes aspectos.

#### a) *Mitos, prejuicios y creencias.*

Es falso que: "el adicto tiene voluntad de curarse", "todo depende que él quiera", "él mismo debe decidir", "si él no desea, nada se puede hacer", "el adicto es incurable", "que toque fondo para que reaccione".

#### b) *El vicio*

Es absurdo creer que la adicción es un simple vicio.

El alcoholismo, el tabaquismo, el cocainismo son enfermedades de la voluntad principalmente.

#### c) *El ambiente*

El entorno social y el hábitat del paciente representan aproximadamente el 70 por ciento del fenómeno adictivo. El ambiente provee las drogas, aporta las condiciones para el consumo y perpetúa la conducta adictiva. Del ambiente también provienen los amigos. Sustituir de modo definitivo el ambiente nocivo por uno saludable es la mejor alternativa. Esta es una tarea primaria de la familia y no del enfermo.

#### d) *El entorno familiar*

El entorno familiar disfuncional representa alrededor del 20 por ciento del fenómeno adictivo. Sanear el ambiente familiar de la presencia de drogas legales y del uso de las mismas en el hogar es otra estrategia terapéutica altamente efectiva. La familia debe modificar sus estilos y patrones de vida malsanos, por ejemplo: la coadicción, la adicción familiar múltiple, la sobreprotección, el encubrimiento o el desafecto. La familia patológica suele perpetuar la adicción. Mayormente, imposibilita o hace fracasar aún el mejor programa terapéutico. Esto ocurre cuando la familia no ha desarrollado conciencia plena del problema ni se compromete genuinamente con el tratamiento.

### e) *La personalidad*

El problema de la personalidad representa aproximadamente el 9 por ciento del fenómeno adictivo. Al respecto el 100 por ciento de los adictos presenta inmadurez profunda de su personalidad o anomalía de la misma, aunque ellos son incapaces de reconocerlo. La reeducación integral a largo plazo, es la estrategia más eficaz para lograr su madurez afectivo-emocional.

### f) *La adicción*

La conducta adictiva del usuario de drogas sólo representa el 1 por ciento del problema. De modo que es la punta del iceberg del fenómeno adictivo. Si se maneja correctamente el ambiente, el entorno familiar y el problema de la personalidad inmadura o anormal, la conducta adictiva prácticamente se extingue: cae sola como la costra de herida cicatrizada.

## Manejo Familiar de las Adicciones

En el *Modelo Familiar* para el manejo integral de las adicciones, la *Familia*:

1. Primero, se prepara conscientemente. Recibe tratamiento, capacitación, entrenamiento y rehabilitación continua de parte del equipo terapéutico y de la Asociación de Familiares. Se saca la "venda de los ojos" y se concientiza cabalmente.
2. Se compromete íntegramente con el programa terapéutico. Comprende, siente y asume que la adicción, esencialmente, es su responsabilidad y no únicamente problema del adicto. Acepta que él esta enfermo de la voluntad y no es un vicioso.
3. Acepta que ella también se encuentra enferma, y que no sólo él está enfermo.

Asimismo, no le exige que tenga "fuerza de voluntad". Tampoco cree que "si él no quiere, nada se puede hacer"; no lo ruega ni le exige que "ponga de su parte", o que "todo depende de él". Reconoce que el adicto, mayormente, es un "chivo expiatorio"; y es consciente que la familia es parte del fenómeno adictivo.

4. Adopta una actitud de cambio. Comienza con la apertura mental total; luego abandona los hábitos y costumbres nocivas; enseguida aprende hábitos y estilos de vida saludables. Familia que cambia, familia que cura a su enfermo.
5. Opera el saneamiento ambiental en el hogar. Procede con celeridad, firmeza y estrategias eficaces. Actúa siempre con prudencia, cautela y sagacidad.
6. Crea una atmósfera familiar saludable. Retira: televisión, radio, radiocasette portátil, bar, ceniceros, fármacos, videojuegos y todo aquello que estimule la conducta adictiva.
7. Asume el poder familiar pleno. Desde el inicio ejerce la autoridad en el hogar, aplica el tratamiento y lo conduce con la mayor responsabilidad y rigor: cero poder para el enfermo. Lo trata con respeto, firmeza y cordialidad. Actúa con transparencia, dando siempre el buen ejemplo. Tiene presente que "todo entra por los ojos".
8. Involucra a todos sus miembros, en el tratamiento, aplicándolo disciplinadamente sin encubrimientos, transgresiones ni genuflexiones. No practica terapias paralelas ni efectúa reuniones sociales en las que se usa licor, nicotina y otras drogas.
9. Le suprime el contacto con los amigos y toda forma de conexión con el mundo

“drogo”. De esta forma le “corta las alas”, cesando el libertinaje y su poder manipulador y destructivo: “el círculo hace al adicto y éste hace al círculo”.

10. Le retira toda forma de suministro directo o indirecto de dinero; no le da facilidades para obtenerlo de alguna manera: cero dinero para el enfermo.
11. Actúa con fe, amor, esperanza, perseverancia, decisión y coraje. Vence todos los obstáculos. No se amilana ante las recaídas.
12. Cotidianamente, efectúa 15 minutos de reflexión terapéutica: identifica sus desaciertos, rectificándolos oportunamente.

### Manejo de la Escotosis

#### *Cambio Familiar Total*

#### Requisitos

- . Decisión de cambio
- . Compromiso cabal
- . Sentir necesidad de ayuda
- . Información idónea
- . Poder familiar
- . Apertura mental

#### Estrategias

- . Tomar la decisión
- . Convicción y coraje
- . Aclaramiento cognoscitivo
- . Posicionamiento mental
- . Poder de la acción
- . Reeducación de la personalidad

#### Acciones

- . Reconocer la existencia de la escotosis
- . Aceptar una ayuda especializada inmediata
- . Liberarse del miedo paralizante
- . Informarse adecuadamente sobre la Escotosis

- . Asumir y manejar la Escotosis como un problema personal
- . Actuar con la fuerza del conocimiento y de la experiencia personal
- . Romper el encadenamiento psíquico transgeneracional
- . Realizar terapia individual, familiar y multifamiliar

#### *Reeducación de la Personalidad de los Miembros del Grupo Familiar*

- . **Reciclaje:** “reingeniería”, “rebobinarse”, “nacer por segunda vez”.
- . **Moldeamiento:** dejarse moldear como la arcilla o la cera.
- . **Modelamiento:** emular al paradigma. Ser como él.
- . **Guía:** seguir el sendero que indica el paradigma.
- . **Orientación:** horizonte claro y definido. Visión de futuro.
- . **Liberación:** romper las cadenas internas del pasado. Despojarse de las caretas.
- . **Maduración:** crecimiento personal acelerado, sin tregua ni pausa.

### OBJETIVOS

- . Concientización
- . Libertad interior
- . Desarrollo personal
- . Desarrollo familiar
- . Éxito terapéutico

### MISIONES DE LA FAMILIA

En el *Modelo Familiar*, la familia asume las siguientes misiones fundamentales:

1. Preparación familiar
2. Retiro del enfermo del miasma adictivo
3. Madurar la personalidad de los miembros de la familia
4. Desarrollar la espiritualidad familiar
5. Imposibilitar la recaída
6. Viabilizar la competitividad del paciente

- 7. Asegurar el futuro del enfermo
  - 8. Solidaridad con la comunidad
- Estrategias

### **1. Preparación Familiar**

Acciones:

- . Superar los trastornos emocionales
- . Organizarse y capacitarse
- . Apertura mental, motivación y decisión de cambio
- . Desarrollar conciencia cabal de la enfermedad adictiva
- . Compromiso familiar permanente
- . Liderar el tratamiento

### **2. Retiro del Enfermo del Miasma Adictivo**

Acciones:

- . Asumir el poder familiar y cesar el poder destructivo del enfermo
- . Protección inmediata del adicto
- . Ceser el sentimiento de culpa y la conmiseración
- . Cumplir el programa terapéutico
- . Ceser todo contacto con amigos, sospechosos y desconocidos
- . Ceser la manipulación
- . Ceser el suministro de dinero
- . Ceser el saciamiento compulsivo
- . Suprimir el alcohol, la nicotina y la automedicación
- . Proteger al enfermo de la publicidad favorable a las conductas adictivas

### **3. Madurar la Personalidad de los Miembros de la Familia**

Acciones:

- . Moldeamiento, modelamiento y guía familiar firme y constante
- . Reeduación familiar integral
- . Erradicar hábitos y estilos de vida malsanos en la familia

- . Aprender hábitos y estilos de vida saludables en la familia
- . Proceder con prudencia y sapiencia
- . Compartir tiempo
- . Compartir espacio
- . Brindarse atención
- . Compartir caricias gratificantes
- . Compartir amor y disciplina, sin distorsiones ni hábitos nocivos
- . Actuar con discreción y sensatez
- . Practicar la tolerancia mutua

### **4. Desarrollar la Espiritualidad Familiar**

Acciones:

- . Actuar con fe, amor, esperanza, respeto mutuo y coraje
- . Entorno familiar armónico
- . Comunicación abierta y fluida
- . Transparencia total
- . Libre ejercicio religioso
- . Cohesión familiar sólida
- . Cultivar valores humanos

### **5. Imposibilitar la Recaída**

Acciones:

- . Alerta familiar permanente
- . Ceser la coadición y las interferencias
- . Bloqueo de recontacto con amigos
- . Preservar el saneamiento ambiental en el hogar
- . Desconfianza e incredulidad familiar permanente en el enfermo
- . Cero oportunidades de reincidir en las conductas adictivas
- . Perseverar sin fatigarse

### **6. Viabilizar la Competitividad del Paciente**

Acciones:

- . Aprender y mantener el hábito de la lectura educativa

- . Completar estudios básicos, capacitación técnica
- . Realizar estudios superiores y de especialización
- . Aprender idiomas
- . Aprender informática
- . Cultura humanística
- . Leer información actualizada
- . Difundir el Modelo Familiar en la comunidad
- . Efectuar prevención familiar de las adicciones en la comunidad
- . Combatir la estigmatización y la satanización de la enfermedad adictiva
- . Formar una red de soporte familiar en la comunidad vecinal, amical y social

### 7. Asegurar el Futuro del Enfermo

Acciones:

- . Productividad laboral, académica
- . Autosostenimiento
- . Red de amistades saludables
- . Relación estable de pareja
- . Formación de una familia
- . Forjar una meta
- . Poseer ideales visionarios

### 8. Solidaridad con la Comunidad

Acciones:

- . Brindar apoyo a otras familias con el mismo problema

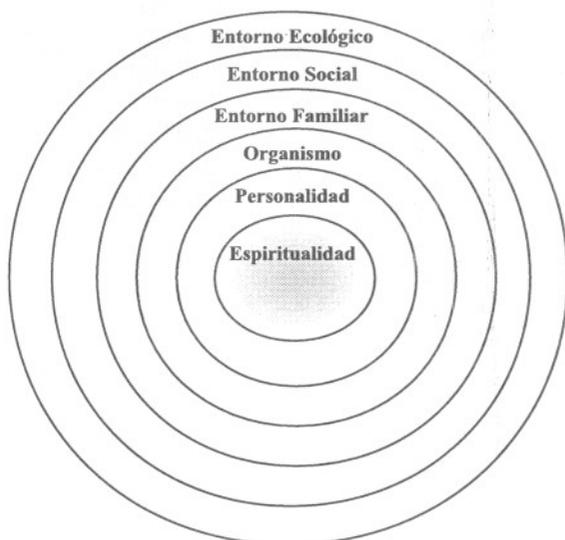
### Manejo Global de los Trastornos Adictivos

- . Preparación y capacitación familiar
- . Tratamiento familiar
- . Saneamiento ecológico
- . Cesación de las conductas adictivas
- . Desintoxicación
- . Deshabitación
- . Reeducación familiar
- . Espiritualización familiar
- . Competitividad
- . Alta clínica
- . Seguimiento a largo plazo

### Programa Terapéutico

El tratamiento de las adicciones es global: familiar, médico, interdisciplinario, integral, multimodal, humanista y de largo plazo.

Afrote Holístico de las Adicciones



## Principios Terapéuticos

- . El adicto es un enfermo de la voluntad
- . Carece de conciencia de enfermedad
- . Es un enfermo paradójico
- . Es recuperable ad integrum
- . El manejo terapéutico es a largo plazo
- . Sin compromiso familiar, la recuperación es inviable
- . No existe cura mágica, milagrosa, breve ni fácil

- . Autocrítica
- . Eutimia
- . Goce
- . Seguridad
- . Identidad
- . Integridad
- . Responsabilidad
- . Organización
- . Previsión
- . Sensatez
- . Sobriedad
- . Proyecto de vida

## Estrategias Matrices

- . Organización familiar
- . Armonización familiar
- . Procedimientos y técnicas de manejo eficientes
- . Cumplimiento cabal del programa terapéutico
- . Transparencia total
- . Seguimiento a largo plazo

## Objetivos Terapéuticos

- . Ecología saneada
- . Entorno social saludable
- . Entorno familiar armónico
- . Remisión de la adicción
- . Madurez de la personalidad
- . Espiritualidad plena
- . Competitividad
- . Productividad
- . Proyecto de vida
- . Triunfo

## 2. Armonía Espiritual

- . Fe
- . Amor
- . Esperanza
- . Fortaleza
- . Libertad
- . Justicia
- . Prudencia
- . Templanza
- . Humildad
- . Diligencia
- . Autocrítica
- . Dignidad
- . Honor
- . Decencia
- . Bondad
- . Felicidad
- . Reflexión
- . Meditación
- . Trascendencia
- . Postridad

## Desarrollo Humano

### 1. Madurez

- . Autonomía
- . Autoestima
- . Autocontrol
- . Autoprotección

## TERAPIA GLOBAL

<i>Áreas</i>	<i>Porcentaje (Estimación Empírica)</i>
. Saneamiento ecológico	30 %
. Entorno social saludable	20 %
. Entorno familiar armónico	15 %
. Predisposición biogenética	3 %
. Madurez de la personalidad	10 %
. Espiritualidad plena	20 %
. Remisión de la adicción	2 %
<b><i>Saneamiento Ecológico</i></b>	<b>30%</b>
. Retiro de equipos audiovisuales	. Biblioteca y hemeroteca
. Saneamiento ambiental	. Música clásica
. Pulcritud	. Medios de información idóneos
. Ventilación	. Equipamiento de oficina para terapia ocupacional
. Decoración	
<b><i>Entorno social saludable</i></b>	<b>20%</b>
. Elección de amigos	. Disfrute saludable
. Relaciones vecinales óptimas	. Empatía
. Sano esparcimiento	. Imagen positiva
. Recreación sana	
<b><i>Entorno familiar armónico</i></b>	<b>15%</b>
. Poder familiar	. Hora y media familia
. Organización familiar	. Trato cálido
. Respeto	. Flexibilidad
. Demostración de amor familiar	. Paradigmas positivos
. Comunicación	. Estilos de vida saludables
. Transparencia	. Diario familiar
	. Visita Diaria
<b><i>Predisposición biogenética</i></b>	<b>3 %</b>
. Factores protectores	. Detección precoz
. Factores de riesgo	. Tratamiento oportuno

**Madurez de la personalidad**

10 %

- . Reciclaje
- . Moldeamiento
- . Modelamiento
- . Guía
- . Lectura terapéutica
- . Grafoterapia
- . Diario vivencial
- . Dibujoterapia
- . Proyecto de vida de triunfador

**Espiritualidad plena**

20 %

- . Ayunoterapia
- . Clínica de silencio terapéutico
- . Reflexión autocrítica
- . Meditación
- . Carita feliz
- . Humorterapia

**Remisión de la adicción**

2 %

- . Alejamiento definitivo de los NEAs
- . Apartamiento del mercado adictivo
- . Supresión del contacto con los amigos
- . Supresión de la coadición
- . Extinción de la escotosis
- . Desintoxicación
- . Cesación de las conductas adictivas
- . Abstinencia total permanente
- . Prevención de las recidivas
- . Reeduación integral de la personalidad

**MÓDULOS DE ATENCIÓN**

A efectos de responder con eficiencia ante el masivo reto del fenómeno adictivo, el *Modelo Familiar: Afronte Global de las Adicciones*, ha superado la época de la atención individual y ha avanzado a una atención masiva, con el objetivo de ofertar una mayor cobertura a la población adicta, cuyos familiares solicitan atención médica en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio

Delgado-Hideyo Noguchi". Con este propósito, la *Asociación de Familiares del Modelo Ecológico Familia Armónica*, con la asesoría científica del autor ha elaborado 34 módulos de intervención global, los mismos que son aplicados progresivamente por las propias familias y el paciente en sus hogares y en la vida cotidiana. De la misma manera, se procedió con el equipo interdisciplinario que dispone de tres módulos que aplican en sus respectivas intervenciones durante las terapias multifamiliares.

En total, el MODELO FAMILIA trabaja con 37 módulos que a continuación se menciona.

**a) Módulos de la Familia****Familia Inicial**

1. Familia Nueva
2. Desconexión Mental
3. Apertura Mental y Actitud de Cambio
4. Escotosis
5. Trato Humano
6. Etiqueta Social

**Familia Comprometida**

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Poder Familiar            | 9. Endosamiento          |
| 2. Saneamiento Ambiental 10. | 10. Puerta Giratoria     |
| 3. Organización Familiar     | 11. Lucro Anético        |
| 4. Conducta Adictiva         | 12. Manejo Farmacológico |
| 5. Coadicción                | 13. Inmadurez            |
| 6. Recaídas                  | 14. Mal Pronóstico       |
| 7. Violencia Familiar        | 15. Familia Inayudable   |
| 8. Indolencia                | 16. Deserción            |

**Familia Avanzada**

- |                                    |                        |
|------------------------------------|------------------------|
| 1. Educación y Reeducción Familiar | 5. Familia Saludable   |
| 2. Pareja Saludable                | 6. Filoterapia         |
| 3. Paternidad Responsable          | 7. Madurez             |
| 4. Espiritualidad                  | 8. Protección al Menor |

**Familia Exitosa**

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| 1. Seguimiento         | 3. Rol de la Familia |
| 2. Prevención Familiar | 4. Rol del Paciente  |

**GUERRA DESIGUAL CONTRA LAS ADICCIONES**

MERCADOADICTIVO <i>Ventajas</i>	FAMILIA <i>Ventajas</i>
1. Poder económico globalizado, motivado por la soberbia, la egolatría y la codicia. Narcopoder.	1. Mayormente, limitaciones o incapacidad económica. Suministro de dinero al adicto.
2. Organización altamente eficiente que domina, vigila y controla las empresas transnacionales de las adicciones. Posicionamiento estratégico.	2. Desorganización u organización incipiente o nula para combatir la demanda adictiva. Esperanza infundada de protección divina.
3. Conocimiento e información actualizada sobre las adicciones químicas, conductas adictivas y juegos patológicos.	3. Desinformación, distorsión, prejuicios, mitos, tabúes, creencias y actitudes erróneas en relación a las adicciones y sus secuelas.
4. Operatividad intensiva e incesante, mediante tecnología y logística sofisticada.	4. Carencia de medios e inoperancia para contrarrestar el mercado adictivo
5. Manejo de armamento de guerra de última generación. Industria de la criminalidad.	5. Desprotección. Situación inerme, indefensa y expuesta: "Todos pueden caer menos el mío".

6. Poder político y control social solapado de magnitud insospechada. Mafias organizadas.
7. Poder manipulador, utilización y acción desorganizadora contra la sociedad.
8. Desidia de las autoridades gubernamentales: Locales, regionales y nacionales.
9. Infiltración, corrupción y copamiento de algunas entidades gubernamentales, no gubernamentales y sociales.
10. Funcionamiento anético: Carencia de Valores, principios éticos y de moral.
11. Elevada capacidad persuasiva y de captación de distribuidores, burriers, microcomercializadores y consumidores.
12. Adoctrinamiento, adiestramiento y perfeccionamiento de los operadores de la Cadena adictiva.
13. Opera con impunidad. Los capos del mercado adictivo se sienten omnipotentes, intocables y "amos de la sociedad".
14. Capacidad ilimitada de amedrentamiento y aniquilamiento de quienes se oponen a sus intereses egoístas utilizando sicarios, chantajes, influencias, emboscadas y toda suerte de maniobras vedadas.
15. Movimiento mercantil interactivo, intenso vasto y enmascarado: Lavado de dinero, uso de testaferros, montaje de empresas de fachada, "paraísos financieros", etc.
16. Publicidad desmesurada, abierta a favor de las drogas legales, y promoción camuflada en pro de las drogas ilegales, a través de los medios de comunicación social.
17. Proliferación implacable de centros matrices, cárteles, cadenas de producción, desde distribución microcomercialización, férreamente controlados por los capos de la droga: "Narcos". "Barones de la droga".
18. Los capos de la droga se camuflan de filántropos, ganándose el apoyo de la comunidad al ejecutar obras de infraestructura, donaciones y financiar
6. Inaccesibilidad al poder político. Indiferencia, pasividad. Se hace de la "vista gorda".
7. Desprotección legal. Está maniatada. Desamparada. Sin iniciativa autoprotectora.
8. Ausencia de estrategias y tácticas para protegerse de la presión del mercado adictivo.
9. Irresponsabilidad, desajuste familiar, permisividad, actitud comodona y conformismo. Inconsciencia del problema.
10. Escasa espiritualidad. Pobreza de valores, principios y de moral. Enfermedad espiritual.
11. Ausencia de control. Exceso de confianza. Libertinaje. "Ceguera" ante la realidad. Creencia de que "es su vida". Autoengaño.
12. Inmadurez, inseguridad, negligencia y ausencia de alerta. Desconocimiento e inconsciencia de que la adicción es una enfermedad.
13. Desconocimiento que el adicto es un enfermo de la voluntad. Un "esclavo feliz" que carece de "fuerza de voluntad". Creencia errónea que él tiene derecho a hacer "su vida", sin control. Confianza, credibilidad y entrega ingenua al adicto, quien miente, maquina, manipula y usa a su familia, sin consideración alguna.
14. Carencia de convicción. Vulnerabilidad. Miedo. Cobardía. Evasión. Desidia.
15. Ingenuidad. Fantasías de curación mágica, milagrosa, breve, fácil, por endosamiento. "Que toque fondo para que reaccione".
16. Incapacidad para contrarrestar la propaganda. No se da cuenta de la manipulación implacable que efectúan los medios de comunicación en la mente de los niños y de los adultos inmaduros.
17. Encubrimiento de la adicción por el prejuicio de qué dirán. Ausencia de red familiar protectora contra el mercado adictivo. Sentimiento de culpa. Coadicción.

- |   |  |
|---|--|
| <p>eventos artísticos, culturales o deportivos para el esparcimiento popular.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Desmesurada capacidad económica y financiera: Opulencia, signos exteriores de riqueza, derroche y millonarias cuentas secretas en bancos seguros que protegen su anonimato.</li> <li>20. Difusión en la sociedad de la creencia que el alcohol y la nicotina no son drogas.</li> <li>21. Conexión, fusión y fortalecimiento de las transnacionales del mercado adictivo.</li> <li>22. Ganancias billonarias. Enriquecimiento fácil rápido, ilimitado y sin escrúpulo alguno: "Poderoso caballero es don dinero".</li> <li>23. Aprovechamiento de las condiciones paupérrimas de vida de los cultivadores de coca, marihuana, amapola, etc.</li> <li>24. Opulencia, omnipotencia, dominio y elevado status socioeconómico de quienes son los generadores de la oferta en el mercado adictivo.</li> <li>25. Utilización de la cultura del materialismo, consumismo, hedonismo, liberalismo y libertinaje.</li> </ol> | <p>Creencia que la solución será obra de las autoridades.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Escasez de centros de atención médica idóneos y accesibles para la prevención y tratamiento de las adicciones. Anomia, marginación y estigmatización de las familias de los adictos.</li> <li>19. Nulo apoyo financiero proveniente de la cooperación nacional e internacional, la misma que es monopolizada por ciertas entidades privadas cuyas acciones son ineficaces.</li> <li>20. Escasa o nula conciencia de que el alcohol, la cafeína y la nicotina son drogas.</li> <li>21. Desconexión, desunión y debilitamiento de las familias con problemas de adicción.</li> <li>22. Pérdidas económicas y de bienes, con empobrecimiento paulatino e inexorable hasta la ruina total.</li> <li>23. Desinterés por la producción de drogas, hecho que sienten como un problema exclusivo del Estado y ajeno a la preocupación familiar.</li> <li>24. Deslumbramiento, admiración, miedo, sumisión, silencio o conveniencia. Asume que los "narcos" son intocables e invencibles.</li> <li>25. Contagio y avasallamiento de la familia por la cultura del materialismo y el consumismo, en desmedro de la espiritualidad.</li> </ol> |
|---|--|

***Estamos en Guerra***

***¿Quiénes?***

El narcopoder contra nuestras familias

***¿Quiénes representan al mercado adictivo?***

Los omnímodos grupos de poder económico que manejan la producción, comercialización y consumo de drogas legales e ilegales, las conductas adictivas y los juegos patológicos.

***¿Quiénes están con nosotros?***

Muy pocos. Los médicos con el equipo interdisciplinario de salud, y algunas instituciones médicas especializadas.

***¿Cómo nos vamos a defender?***

Organizándonos, capacitándonos y formando la red familiar contra el codicioso voraz mercado de las adicciones

## *Narcopoder Omnímodo*

El fenómeno adictivo es un descomunal monstruo de mil cabezas pensantes con infinidad de tentáculos, con los cuales atrapa y esclaviza a nuestros seres queridos, manipulándolos, usándolos y aniquilándolos muy lentamente. Así, destruye a nuestra familia.

### CASO MARADONA

*Diego Armando Maradona Franco*, para sus prosélitos “pelusa”, “diez”, “pibe de oro”, “genio del fútbol”, “iluminado”, “fantástico”, “animal de potrero”, “mano de Dios”, “rey del fútbol mundial”, “deportista argentino del siglo”, “predestinado”, “mito viviente” o hiperbólicamente “fascinación maradoniana” y para sus detractores simplemente “llorón”, “aniñado”, “Maradonadroga” o “María Donna”, se encuentra actualmente enfermo de adicción al clorhidrato de cocaína. Al respecto, todos los seres humanos en algún momento de nuestra vida de algo nos enfermamos. Y, Maradona es un mortal como cualquier otro.

Debido a esta grave enfermedad de la voluntad, el carismático y controvertido Maradona, un hombre de contextura atlética y 1.62 m. de talla, con alrededor de 100 kg. de peso; a los 40 años de edad, tras 22 años en los campos de fútbol profesional, con 692 partidos jugados, 352 goles convertidos, retirado hace más de dos años de la práctica deportiva, unánimemente reconocido como el mejor futbolista del mundo de la década de los ochenta y como el mejor deportista del siglo en la Argentina; sin la madurez personal correspondiente, viene afrontando de manera dolorosa, el inexorable crepúsculo de su carrera deportiva; la misma que ha cursado

alternando entre el éxtasis triunfal y el escándalo. El desenfreno del genial futbolista está ligado mayormente a su hedonista vida privada.

Metafóricamente se puede decir que a través de su azarosa existencia, Maradona tocó el cielo con las manos y también descendió a los infiernos. Sin embargo, la opinión pública internacional valora mucho más el lado positivo de su vida, a la cual él apologizó con una certera sentencia: “yo le doy alegría a la gente” (2,4,5).

### Adicción Encubierta y Negación

El consumo experimental y el inicio del consumo adictivo sólo lo conocen el usuario, el proveedor de la droga y el círculo de amigos. En adelante, el consumo dependiente de sustancias ilícitas es efectuado en forma encubierta por el “drogo” durante 6 a 10 años, debido a la inconsciencia de enfermedad por parte del adicto, al prejuicio del “qué dirán” y a la estigmatización social de la enfermedad.

Maradona fue usuario solapado de cocaína desde 1982 hasta 1991 en que se detectó su consumo de cocaína en forma irrefutable. Se habría iniciado en el consumo de cocaína cuando jugaba en España. El presidente del Club Barcelona, Sr. José Núñez manifestó a la prensa: “la policía me avisó que Maradona tenía un problema con las drogas. Cuando se lo planteé al jugador, decidió irse al Nápoles. Ahora la gente entiende por qué lo traspasé, la imagen del Barza no se correspondía con la del entorno de Maradona”.

No obstante haber sido detectado el consumo de cocaína en 1991, durante 5 años más lo siguió negando obcecadamente hasta 1996 en que finalmente aceptó su adicción (4,5).

## Diagnósticos Probables

### EJE. I.

1. Trastorno debido al consumo de cocaína, síndrome de dependencia en la actualización, en abstinencia en medio protegido. (F1421).
2. Bulimia nerviosa. (F50.2).

### EJE. II.

1. Personalidad inmadura
1. Rasgos paranoides
2. Rasgos impulsivos
3. Rasgos disociales

### EJE. III.

1. Cardiopatía dilatada tóxica por cocaína
2. Hipertensión arterial IIIC
3. Obesidad grado II

## REFLEXIÓN ÉTICA

Diego Armando Maradona fue un eximio artista del fútbol que actualmente se encuentra gravemente enfermo de la voluntad. Su diagnóstico clínico es dependencia de cocaína. Como tal, requiere tratamiento médico especializado urgente.

Ante esta situación cabe plantearse algunas interrogantes de índole ética y moral. Tales son las siguientes:

1. ¿Por qué la sociedad internacional practica la "caza de brujas" contra las víctimas de las transnacionales de las drogas, y a la par se muestra permisiva, complaciente o impotente ante el narcopoder, la narcoproducción y el mercado adictivo?  
El adicto es una víctima propiciatoria, a través de la cual la sociedad exorciza sus sentimientos de culpa.
2. En esta escotomización social, ¿Por qué la sociedad prefiere mantenerse "ciega", con la "venda en los ojos", vale decir en el agujero negro de la desinformación y en la

indolencia más absurda?. ¿Por qué no hacemos algo de verdad?.

El fenómeno adictivo afecta a todos los estamentos sociales, a todos los grupos de edad y crece implacablemente día a día. ¿Cuántos seres humanos débiles de personalidad ingresan cada hora al mercado adictivo en la globalizada sociedad de consumo?. No hay ninguna posibilidad que desaparezca espontáneamente, por sí sola.

3. ¿Qué hacemos contra los mafiosos que proveen la droga a estos enfermos?. Ellos son el largo brazo del narcopoder y codiciosos enemigos de la sociedad.
4. ¿Por qué hemos legalizado el alcohol y la nicotina, si conocemos que son las drogas más perniciosas y mortales para la especie humana?.

En el Perú alrededor del 20 por ciento de peruanos consumen alcohol en forma excesiva o adictiva; mientras que aproximadamente 30 por ciento de la población nacional es usuaria excesiva o dependiente de la nicotina.

5. Si a esta situación hemos llegado con las drogas legales. ¿A qué proporciones se elevaría el número de adictos a la cocaína, PBC o marihuana si cometiéramos la insensatez de legalizarlas?.

Las transnacionales de las drogas tienen enorme interés en legalizar todas las sustancias psicoactivas hedonísticas. Así, su negocio sería lícito y más rentable. Mientras que en la población rápidamente se incrementaría el uso de esas drogas, igualando o superando los ya elevados porcentajes de alcoholismo y dependencia de nicotina. Desarrollemos la cultura de la vida y no la cultura de las drogas; éstas son autodestructivas.

6. ¿La familia, tiene conciencia del problema adictivo que se presenta en uno o más de sus miembros o es realmente inconsciente?. ¿Cuál cree ella que es su rol ante el fenómeno adictivo?.

Sin conciencia del problema, la familia es manipulable fácilmente por el enfermo.

7. ¿Por qué la familia no opta por el tratamiento médico especializado?

La desinformación, los prejuicios, los mitos, la ingenuidad, el temor, la indolencia, la inmadurez y la inconsciencia son algunos de los factores de la ineptitud o desidia familiar.

8. ¿Qué impide que un adicto sea sometido a un tratamiento de verdad?

A menudo, la insensibilidad, la búsqueda de la cura mágica, milagrosa, breve o fácil y el endosamiento imposibilitan el éxito terapéutico definitivo a largo plazo.

Otras veces, es porque el paciente es percibido como una inagotable fuente financiera; vale decir como una codiciada mina de oro.

9. ¿Por qué a menudo se valora a ciertos adictos como una mercancía lucrativa, y no como a una persona enferma con derecho a recibir tratamiento?

La dependencia económica de quienes constituyen el entorno íntimo del adicto posibilita que ellos prioricen su beneficio personal y releguen la enfermedad a un segundo plano.

10. ¿Qué intereses se mueven tras un adicto que debido a su elevada posición de éxito podría beneficiarse con el mejor de los tratamientos y eso no ocurre?

Poderosos intereses económicos suelen subyacer cuando el adicto es fuente generadora de ingente riqueza.

11. ¿Si en vez de adicción, la enfermedad fuese un síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o cáncer, se dejaría pasar el tiempo hasta que el paciente muera?

La adicción es tanto o más grave que el SIDA o el cáncer; sin embargo, muy pocas veces se actúa con la celeridad debida. Erróneamente, la familia suele esperar que el adicto decida por sí solo, y eso es muy poco probable. Otras veces, se espera que el adicto se encuentre en etapa terminal de su enfermedad. Cuando la familia reacciona, ya suele ser extemporáneo.

12. ¿Qué espera la familia que suceda para

decidir ella misma el tratamiento sin esperar el consentimiento del enfermo que generalmente nunca llega?

Frecuentemente, la familia recién reacciona cuando el paciente presenta psicosis tóxica por drogas, derrame cerebral, invalidez física a causa de accidentes; igualmente, si es hecho prisionero, si comete un delito grave contra la vida o el patrimonio ajeno y si cae en la ruina económica y social. Es decir cuando el enfermo ha "tocado fondo". Esta actitud, ¿no es inhumana?

13. ¿Por qué se permitió que un deportista célebre pero enfermo como Maradona actuara en una lid tan competitiva como lo fue el Mundial de fútbol Estados Unidos-94?

Podría ser para usufructuar su imagen en aras del codicioso mercantilismo. Por supuesto, que esta probabilidad sería negada por quienes manejan la industria del fútbol.

14. ¿Un adicto deportista exhibiéndose enfermo en las canchas estadounidenses, es un paradigma o un antiparadigma para las juventudes del mundo?

Muchos jóvenes tal vez podrían pensar para sí: "¿si él se droga por qué yo no?"

15. ¿Qué porcentaje de deportistas y dirigentes deportivos son adictos encubiertos?

Se ha estimado que en la población general, por cada adicto visible habrían 10 adictos encubiertos. Se desconoce si en el ámbito deportivo la proporción es diferente o similar.

16. ¿Cuál es la responsabilidad de los dirigentes deportivos internacionales y locales en el manejo de éste problema?

Para algunos de ellos el uso de drogas entre los deportistas es un tema tabú; para los ultraliberales el asunto les importa poco. Se desconoce si hay dirigente dispuestos a enfrentar seriamente el problema.

Mientras tanto ¿cuál va a ser el desenlace final del mayor futbolista argentino de la historia?

## MANEJO GLOBAL DE LAS ADICCIONES

Autor: Martín Nizama Valladolid

FASES	TIEMPO	PROCEDIMIENTOS	RESPONSABLES	OBJETIVOS	(%)
1. Preparación y tratamiento familiar	1 a 3 meses	Capacitación y terapia familiar	Equipo terapéutico (ET)	Poder familiar	15
2. Saneamiento ecológico del hogar	1 sem. a 1 mes	Supresión de NEAs*	Familia	Hogar saneado	5
3. Supresión de las conducta adictivas	De inmediato	Internamiento	Psiquiatra	Cesación	1
4. Desintoxicación**	1 a 3 meses	Internamiento	Psiquiatra	Abstinencia	2
5. Desadicción (Deshabitución)	6 meses a 1 año	Internamiento	Psiquiatra	Remisión	2
6. Rehabilitación	1 a 1 ½ años	Hogar clínica	ET /Familia	Reinserción	5
7. Reeducación	2 años	Escuela de familia	Familia / ET	Familia armónica	10
8. Espiritualización	1 a 3 años	Auto-crítica, reflexión, meditación	Familia / ET	Ética y moral humanista	30
9. Competitividad	1 a 5 años	Calificación académica, capacitación	Paciente / Familia / ET	Eficiencia	5
10. Productividad	1 ½ a 3 años	Entrenamiento, habilidad y destreza	Paciente / ET / Familia	Rendimiento óptimo	5
11. Maduración	2 a 6 años	Amor / Moldeamiento / Modelamiento	Familia / ET	Madurez	10
12. Proyecto de vida	1 a 3 años	Terapia cognitivo conductual	ET /Paciente	Conducta triunfadora	5
13. Alta	Variable	Acto médico	Psiquiatra	Persona saludable	1
14 Seguimiento	5 años	Vigilancia Control	Familia / ET	Optimizar logros	4

\* Nidos Ecológicos Adictivos

\*\* Proceso natural

## MANEJO ANETICO DE LAS ADICCIONES

Autor: Martín Nizama Valladolid



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, Revised (DSM IV), Washington, DC.APA.
- 2.- BIBLIOTECA TOTAL DEL FUTBOL (1982): Los grandes del balón Vol. 5. Ediciones Océano, S.A., pág. 116-118. Barcelona.
- 3.- BIBLIOTECA TOTAL DEL FUTBOL (1982): España/82. Volumen especial. Ediciones Océano, S.A., pág. 134. Barcelona.
- 4.- BURNS, J. (1997): La MANO de DIOS. La vida de DIEGO MARADONA. Editorial Planeta Argentina. Buenos Aires.
- 5.- FERNANDEZ, R. y Nagy, D. (1994): De las manos de Dios a sus botines. Biografía pública no autorizada de Diego Maradona. Cangrejal Editores, Buenos Aires.
- 6.- NAVARRO-CUEVA, R. (1992): Cocaína, Aspectos, Clínicos, Tratamiento y Rehabilitación. Lima. Ediciones Libro Amigo, pp. 69-115.
- 7.- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1985): Sociedad, Familia y Drogas. Tomo II. Trujillo. Marsol Perú Editores.
- 8.- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1988): "Conciencia Social y Drogas". Anales de Salud Mental. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", 4: 98-118, Lima.
- 9.- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): "Mitos y Tabúes, Prejuicios, Creencias y Actitudes Erróneas Acerca de la Dependencia de Drogas". Acta Médica Peruana. Vol. XV. N° 1. Lima.
- 10.- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1991): Algunos Aspectos Clínicos del Dependiente de Drogas. Acta Médica Peruana. Vol. XV. N° 3-4. Lima.
- 11.- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1992): Modelo Ecológico de Tratamiento de la Adicción. Anales de Salud Mental. Vol. VIII, N° 1 y 2: 27-45. Lima.
- 12.- NIZAMA-VALLADOLID, M. (1993): Adicción Precoz. El Adicto Encubierto. Fronteras en Medicina. Boehringer Ingelherin, 1,2: 78-92. Lima.
- 13.- NIZAMA-VALLADOLID, M., CAHAY, C., SANEZ, Y., LAVARELLO, H., (1994): Proyecto del Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones. Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Ministerio de Salud. Lima.
- 14.- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Chapter V. (F10-F19): Mental and Behavioral Disorders, Geneva.

San Isidro, Julio de 2000

MNV/mla