

INNOVACIÓN CONCEPTUAL EN ADICCIONES

MARTÍN NIZAMA VALLADOLID

Resumen.- Desde una perspectiva integral, el autor aporta algunos conceptos nuevos acerca de las adicciones que se complementan con los correspondientes conocimientos convencionales. Luego de proponer una definición holística de las adicciones, se formula una clasificación unificadora de las mismas y se incluye una etiología multicausal. Además, se aborda la fenomenología clínica y se presentan las cuatro etapas de la historia natural de las adicciones. Finalmente, al ser las adicciones una enfermedad familiar, se describe la psicopatología familiar causada por las adicciones y se describen, además, los principales factores condicionantes de las mismas.

Palabras clave: Adicciones, innovación conceptual, fenómeno adictivo.

Abstract.- From an integral perspective the author provides some new concepts about addictions, and complements it by corresponding conventional knowledge. After proposing a holistic definition of addiction, one goes to prescribing a unifying classification thereof, and that includes a multi-causal etiology. In addition, it addresses clinical phenomenology, and the four stages of natural history of addiction are presented. Finally, being addiction a family illness, one can describe family psychopathology as caused by drug addiction, describing also the main conditioning factors thereof.

Key words: Addictions, conceptual innovation, addictive phenomenon.

INTRODUCCIÓN

Progresivamente, desde 1970, la enfermedad adictiva se ha constituido en una pandemia global; un problema de salud pública que afecta gravemente a la sociedad mundial, comunidad nacional y a la unidad familiar e impacta a todos los estamentos socioeconómicos, grupos etarios, en ambos géneros, etnias y culturas. Comúnmente, es una enfermedad estigmatizada, escotomizada o valorada como un simple vicio por la sociedad posmoderna.

Los conceptos convencionales vigentes acerca de las adicciones limitan drásticamente la posibilidad de rehabilitación integral y masiva del adicto a largo plazo. Por el contrario, estos conocimientos de enfoque reduccionista conducen a la cronificación de la enfermedad adictiva y a la creencia errónea de su incurabilidad. En tal sentido, urge formular alternativas de intervención

integral que viabilicen resultados tangibles, sostenibles, de impacto masivo y esperanzadores.

Luego de treinta y dos años de trabajo innovador e intenso al lado de los pacientes adictos y de sus afligidas familias, he realizado diversas investigaciones clínicas en el campo de las adicciones, que me permiten aportar algunos conocimientos clínicos nuevos a partir de una percepción holística del fenómeno adictivo, la misma que comprende también conocimientos convencionales pragmáticos.

Definición holística

Las adicciones son una enfermedad volitiva, biogenética, recurrente y multicausal que se incuba esencialmente en el entorno familiar, social y ambiental, siendo inconsciente e involuntariamente mantenida por la coadición familiar. Se caracteriza, principalmente, por la imperativa, irrefrenable e insaciable apetencia de placer; inconsciencia de enfermedad; carencia de voluntad efectiva; degradación progresiva de la personalidad, comportamiento disocial e insensibilidad, entre otras manifestaciones clínicas.

Tipos de adicción

La adicción es una enfermedad única e indivisible. Hay cuatro tipos de adicciones:

1. Químicas. a) Legales: alcohol, nicotina, psicofármacos, cafeína. b) Ilegales: pasta básica de cocaína (PBC), cocaína, crack, marihuana, opio, heroína, éxtasis, GHB, LSD, ketamina. c) Industriales: inhalables. d) Folklóricas: San Pedro, ayahuasca, floripondio.
2. Electrónicas. Videojuegos. Ciberadicción: Internet, chat, juegos en red, redes sociales.
3. Lúdicas. Juego apuestas, de azar: casinos, tragamonedas, máquinas chinas, bingo, hípica; billar, pinball.
4. Sociales. Teleadicción, velocidad (vehículos), música estridente, riesgo, trabajo, poder, pareja, sexo, dinero.

Etiología multicausal

Las causas de las adicciones son múltiples; principalmente:

Ecológicas. Existencia de cultivos de hoja de coca, marihuana o amapola. Laboratorios clandestinos: "cocinas", "fábricas". Concurrencia a nidos ecológicos adictógenos (NEA's), v. gr. *chupódromos*, *cocódromos*, *huecos* y *fumaderos*, entre otros antros de consumo.

Socioeconómicas, culturales y geopolíticas. Penetración del narcotráfico en el ámbito económico, social, político y cultural. Consumismo hedonista, narcomercado, narcoeconomía, narcoestado, narcopaís y masificación de las adicciones. También la amicalidad con adictos, banalidad, presión de grupo y el esnobismo hedonista. Presiones políticas, estratagemas, lobbies, manipulaciones mediáticas y reclutamiento de personalidades ajenas al conocimiento médico y científico de la enfermedad adictiva, para legalizar las drogas con argumentos falaces.

Familiares: Desamor, coadición, simbiosis, posesión, escotosis, *discomunicación*, comportamiento libérrimo.

Psíquicas. Inmadurez, odio a sí mismo y a los demás, soledad, orfandad, aflicción, vacuidad, banalidad, miedo, depresión, ansiedad, estrés, infelicidad, evasión, estulticia

Biogenéticas. La predisposición genética se manifiesta por la elevada proporción de antecedentes familiares adictivos, sea por rama paterna o materna, cercana o lejana. Por ejemplo, la heredabilidad de las adicciones a sustancias oscila entre 40 a 60 por ciento; los hijos de alcohólicos presentan esta enfermedad 50 por ciento por influencia genética y 50 por ciento por influencia del ambiente.

Igualmente, la adicción es una enfermedad neurobiológica, con base en el circuito de recompensa autogratificante, localizado en el sistema mesocorticolímbico del SNC, constituido principalmente por el *locus coeruleus*, el núcleo *accumbens* y el área tegmental ventral, conectadas a la corteza prefrontal, ejecutora de la conducta adictiva. También se ha establecido que los neurotransmisores cerebrales, dopamina, GABA y las endorfinas al igual que los neuroreceptores D1, D2 y D3 son los responsables neuroquímicos de la sensación hedonística irrefrenable que esclaviza al adicto a rituales de los cuales no se puede liberar por sí mismo (4,5). Las adicciones sean químicas, electrónicas, lúdicas o sociales lesionan el lóbulo prefrontal por lo cual este pierde la capacidad de control racional y ético del

comportamiento, así como del control de los impulsos tanáticos procedentes de la subcorteza.

Farmacológicas. Diversos grados de potencialidad adictiva de las diferentes sustancias psicoactivas principalmente, benzodiazepinas, analgésicos, anestésicos y antiparkinsonianos, v.gr. biperideno y trihexifenidil.

En relación a la multicausalidad, corroboran este marco etiológico Guajardo y col. (6) quienes refieren: "Las corrientes conductuales han señalado la importancia del ambiente donde los estímulos actúan impactando la personalidad del individuo. Desde esta perspectiva, se ha mencionado que la disponibilidad de drogas, la influencia de los medios de comunicación, la presión del grupos de pares o disfunciones familiares son elementos que actúan presionando a la persona para generar el consumo de drogas."

Fenomenología clínica

El campo de las adicciones no solo comprende aspectos como la neuroadaptación, el *craving*, la tolerancia, la biodependencia, el síndrome de abstinencia, los rituales autogratificantes irrefrenables, la recidiva, el *flashback* o la codependencia. Las adicciones, sea cual fuere su tipo, presentan una vasta fenomenología clínica común que a continuación se describe de manera sucinta:

Inconsciencia respecto de la enfermedad. El adicto no se siente enfermo a pesar de la evidencia clínica de su incapacidad para abstenerse y de contenerse, además del síndrome de abstinencia y del deterioro psicorgánico cerebral que presenta. Primero, niega obcecadamente su adicción enmascarándola; seguidamente, cuando esta ya es inocultable, la minimiza refiriendo que solo es un *vicio* pasajero que él puede controlar o cesar cuando se lo proponga; se considera a sí mismo solamente un usuario *social*. Luego, despliega su conducta adictiva con el mayor desparpajo, justificando que es su vida y que todo el mundo lo hace. Finalmente, acaba en la discapacidad psicosocial, pandillaje, barras bravas, prisión, abandono de sí mismo o muerte.

Carencia de voluntad. El dependiente carece de voluntad suficiente para poder controlar o cesar su conducta adictiva. Es incapaz de ejercer su libre albedrío en forma responsable. De manera solemne y sostenida, promete que cesará por sí mismo la conducta adictiva, y reincide una y otra vez en lo mismo. La adicción lo degrada de modo implacable y lo convierte en un ente carente de autonomía personal. Entonces, se vuelve un *esclavo feliz* y él mismo denomina esta condición mórbida como su *cárcel sin rejas* o simplemente un *vicio*. El adicto puede comprender que lo que hace es

incorrecto, pero no siente dolor ni malestar. Se da cuenta, pero no se siente enfermo.

Desmotivación para el tratamiento. Debido a su inconsciencia respecto de la enfermedad, el adicto comúnmente muestra desinterés o rechaza la ayuda terapéutica; en muchos casos, simula aceptarla o la boicotea en forma abierta hasta que finalmente deserta del tratamiento, sea este profesional o empírico. En otras ocasiones, para aplacar la presión familiar, al comienzo acepta el tratamiento para luego discontinuarlo, invocando pretextos pueriles e inverosímiles. Por estas razones, no está en la capacidad de firmar el **Consentimiento informado de su tratamiento**, debiendo la familia hacerlo por él para protegerlo de un inexorable desenlace funesto, autodestructivo y heterodestructivo. Algunas veces, cuando la familia no ha tenido otra alternativa que optar por el *internamiento involuntario* ante la inminencia de un apocalipsis familiar, el paciente suele denunciarla acusándola de secuestro y violación de sus derechos humanos. Así, se convierte en un enfermo curable, pero inayudable: un peligro para sí mismo, la familia y la sociedad.

Insensibilidad. En estadios avanzados de la enfermedad, el adicto de manera insidiosa y progresiva pierde sus sentimientos, principios y valores esenciales y se convierte en una persona deshumanizada. Entonces, carece de sensibilidad y de compasión, se muestra incapaz de amar, experimentar gratitud y sentir respeto por sus semejantes. Depravado y péfido, finalmente, se conduce con ferocidad e impiedad. El comportamiento del adicto terminal es la repulsiva bestialidad: *animalización*.

Conducta disocial. La conducta social del adicto se trastorna debido a la progresiva pérdida de valores ético morales, la misma que se expresa en una conducta no ética caracterizada por la mendicidad, manipulación, simulación y maquinación así como por el cinismo, el chantaje, la agresividad y las actitudes homicidas que lo convierten en una persona sumamente peligrosa para sí misma, su familia y el entorno social: *psicopatización*.

Rol de víctima. El adicto siempre responsabiliza o culpa a otros de toda su tragedia personal. Muestra incapacidad para la reflexión, autocrítica y el *insight*: *victimización*

Irracionalidad. La *performance* intelectual de este enfermo es ilógica y contradictoria. No presenta psicosis, excepto en la situación de severa intoxicación aguda o crónica; sin embargo, su comportamiento es impulsivo, incoherente y perturbador. No ha perdido el juicio de la realidad pero actúa como si careciera de ello.

Intolerancia. Se muestra impermeable. No acepta ideas distintas a las suyas; las descalifica con soberbia e intemperancia. Irreductiblemente se aferra a la sin razón. Se enfurece cuando se le contradice.

Irritabilidad. Se exaspera fácilmente mostrándose hiperreactivo e intratable. Reacciona en forma explosiva y desproporcionada. Vocifera de manera inmotivada, intimidando a sus familiares. Es impulsivo.

Agresividad. Ataca de manera actitudinal, verbal o física a los demás. Se muestra irascible, hostil y procaz; sin embargo, lo niega en forma irreductible. Su explosividad se incrementa conforme avanza la enfermedad: *ogro*.

Actitud paradójica. El adicto es un enfermo contradictorio por antonomasia. Siendo evidentemente enfermo, se siente inconmoviblemente el más sano y fuerte. Se irrita, encoleriza y reacciona con violencia cuando se le insinúa que está enfermo: *“Yo estoy bien, ustedes están locos”* afirma con desparpajo.

Autoendiosamiento. Este enfermo se cree muy hábil, genial, único, especial e intocable; como tal, asume el rol de omnisciente, omnipotente e invencible. Su soberbia y narcisismo es ilimitado: *“Si estás conmigo, estás con Dios”*; *“Dios es un pata más; es mi chupe”*, preconiza.

Autodestructividad. El adicto progresivamente se destruye a sí mismo. De manera inconsciente cae en la autoeliminación placentera y lo hace paulatinamente. De este modo, destruye en forma implacable los siete componentes esenciales de su unidad existencial: imagen, futuro, familia, personalidad, espiritualidad, salud y vida. Es el *suicidio dulce, suicidio alegre o suicidio a cuenta gotas*.

Comorbilidad. Presencia concomitante de otras patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones, por ejemplo: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno alimentario compulsivo, ansiedad o trastornos de la personalidad, entre otros. Si se consideran los trastornos de personalidad, el 100 por ciento de los adictos presenta patología psiquiátrica asociada. Es la patología dual.

Estadios de la adicción

Premórbido. En el ámbito externo, comprende el entorno social hedonista e inductor de la conducta adictiva y la disfunción familiar sostenida, manifiesta o encubierta. En su interioridad, la persona vulnerable presenta: desamor, aflicción, orfandad, minusvalía, intolerancia a la frustración, vacuidad, soledad, infelicidad y angustia. Por ello, los factores condicionantes son: hedonismo, banalidad, carencia de valores, saciamiento, materialidad, consumismo irracional y estulticia (necedad).

Mórbido. El enfermo en forma permanente está en la búsqueda de la felicidad artificial a través de las conductas adictivas; se manifiesta la fenomenología clínica ya descrita. Así mismo, en la familia del adicto siempre se encuentra algún grado de psicopatología familiar, manifiesta o enmascarada.

Desenlace funesto. Las consecuencias por no enfrentar en forma oportuna y con determinación la enfermedad adictiva suelen ser: desintegración familiar, ruina de la personalidad, ruina económica, marginalidad y exclusión social, criminalidad, discapacidad y muerte. En esta etapa de apocalipsis familiar, se detecta la presencia de algunas familias a las que no se puede ayudar.

Historia natural de la enfermedad

Solo una proporción mínima que no excede del tres por ciento de la población adicta presenta *remisión espontánea*. En la mayor proporción, la historia natural de la enfermedad cursa por las siguientes etapas y fases:

1. Experimental
2. Habitación
3. Dependencia. Adicción biológica, psicopatización, psicosis tóxica y deterioro somático.
4. Desenlace terminal. Anomia social, abandono de sí mismo, animalización y ocisión.

Manifestaciones psicosociales

Las adicciones presentan las siguientes manifestaciones psicosociales: enmascaramiento, negación, minimización, manipulación, maquinación, soberbia, autoendiosamiento, mendacidad, artimañas y ruindad.

Evolución clínica

La evolución clínica de las adicciones cursa a través de las siguientes etapas sucesivas: enmascaramiento leve, moderado, avanzado, grave y terminal.

Síndromes clínicos

Las adicciones presentan los síndromes clínicos que a continuación de mencionan: apetencia (*craving*), abstinencia, tolerancia, inconsciencia de enfermedad, amotivacional, psicopatización, deterioro somático, psicosis tóxica y ruina de la personalidad.

Enfermedad familiar

Por los antecedentes biogenéticos, la disfunción familiar premórbida, la coadición y psicopatología familiar causada por la adicción, así como por su impacto disruptivo en el seno familiar y las secuelas entre sus miembros, cabe considerar a la familia como parte de la historia natural de este proceso mórbido, lo cual implica que el abordaje preventivo, terapéutico y de rehabilitación debe comprender necesariamente al entorno familiar. De este modo, se asegura de manera anticipada el éxito terapéutico a largo plazo. La familia es el soporte insustituible durante el proceso terapéutico y cuando ella es incapaz de comprometerse con la recuperación del enfermo, el tratamiento fracasa por tratarse de una familia a la que no se puede ayudar.

Psicopatología familiar: Las principales manifestaciones clínicas de la psicopatología familiar en el proceso adictivo son:

Escotosis: Incapacidad de la persona para percibir objetivamente el fenómeno adictivo. Inconscientemente lo ignora, minimiza o evade. Es el oscurantismo mental, *ceguera* o *la venda en los ojos*. Al respecto, Alcántara y col. señalan que “la familia acepta de manera disimulada que uno de los miembros sea usuario de alguna droga y evita el enfrentamiento de la situación. La negación de los problemas no resuelve nada. Para atacar un problema es imprescindible identificarlo, conocer las causas que lo originaron y buscar alternativas de solución, como acudir a un tratamiento.”

Posesión: La persona se encuentra poseída mentalmente por la imagen del adicto a la cual teme de manera irracional y que lo incapacita para pensar por sí mismo. Sinonimia: *poseso*.

Simbiosis. Sobreprotección maligna que ejercen los familiares sobre el adicto que perpetúa su conducta adictiva. Se debe a que durante el desarrollo psicoevolutivo no se efectuó el proceso de individualización y de diferenciación psíquica entre los miembros de la familia involucrados en esta relación de fijación primitiva que les impide crecer individualmente y poseer autonomía. Comúnmente, se les denomina: *siameses*, *pegados*, *que no han roto el cordón umbilical*.

Frustración. Defraudación de expectativas. Sentimiento de fracaso que se experimenta en relación a la conducta adictiva de un miembro de la familia.

Culpa. Sensación injustificada de ser causante de la adicción de un miembro de la familia, que genera sufrimiento de manera sostenida. A la vez, se busca la expiación mediante la tolerancia ilimitada a la tiranía del enfermo. El adicto se percató de esta autoinculpación subjetiva, y se ensaña con la persona supuestamente culposa a quien manipula, chantajea o maltrata.

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

Depresión. Mengua del estado de ánimo con retraimiento social, hipobúlia, pérdida del deseo de vivir e impotencia familiar para controlar la agobiante conducta disocial del adicto, frecuentemente asociada a ideas, pensamientos y planes suicidas.

Sujeción. Estado de sometimiento incondicional de los familiares al adicto, quien los llega a dominar totalmente. Los familiares sufren esta situación humillante. No tienen posibilidad alguna de liberarse por sí mismos de las manipulaciones, engaños, maquinaciones y abusos inacabables del enfermo, quien los convierte en sus *esclavos infelices*.

Encubrimiento. Solapar de manera sistemática hechos perniciosos cometidos por el adicto; los familiares se convierten en sus cómplices activos o pasivos.

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

Miedo. Estado de amenaza que viven los familiares debido a las constantes agresiones, violencia y chantajes del adicto ante cuya presencia tienden a huir. Un estado máximo de este estado emocional es el pánico.

Endiosamiento. Sobrevaloración imaginaria del adicto por parte de sus familiares, atribuyéndole cualidades irreales tales como omnipotencia, omnisciencia, genialidad y de ser intocable. Lo tratan como un ser único y especial.

Endosamiento. Disposición familiar persistente para deshacerse del adicto encargándolo a terceras personas, sea a una pareja, amigos, o a alguna institución que se haga cargo de él como algún centro de tratamiento o una residencia forzada en el interior del país o en el extranjero.

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

Bloqueo mental crónico. Parálisis parcial de la actividad racional, debido a la perturbación mental que experimentan los familiares como consecuencia del grave impacto emocional causado por la conducta del adicto. Se manifiesta

por la incapacidad que muestra la familia para comprender la enfermedad adictiva, aprender los procedimientos terapéuticos y manejar racionalmente el problema, lo cual hace inviable la resolución de la patología adictiva. Oyen pero escuchan ni comprenden: *zombis, autómatas*.

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

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

Adicción familiar múltiple. Presencia de otros familiares con problemas adictivos en el hogar de un adicto. Generalmente se trata de adicciones encubiertas, negadas o toleradas por los demás miembros de la familia. Por ejemplo, alcoholismo del padre, dependencia de nicotina de la madre o dependencia de benzodiazepinas por parte de la pareja.

Familia a la que no se puede ayudar. Es la familia con incapacidad para cambiar sus estilos de vida mórbidos y de ayudar al paciente, debido a su severa psicopatología simbiótica, psicopática o manipulatoria que le impiden el éxito terapéutico a largo plazo. No se deja ayudar. Los síntomas que presentan son: escotosis, coadicción, endosamiento, endiosamiento, simbiosis, interferencias, tratamientos paralelos, *puerta giratoria* y conveniencia anética, entre otros.

FACTORES PREMÓRBIDOS Y DE SOSTENIMIENTO

1. Factores condicionantes

Inmadurez. Generalmente, los adictos poseen una personalidad profundamente inmadura, caracterizada por inseguridad, volubilidad, irresponsabilidad, estulticia, evasión, incapacidad para la autocrítica, impulsividad y carencia de sentido de vida, entre otras manifestaciones que denotan estancamiento de su desarrollo emocional y espiritual en estadios muy tempranos, entre los 3 y 5 años de edad, como consecuencia de una disfunción familiar manifiesta o enmascarada. A este estancamiento temprano del desarrollo psicoevolutivo también se le denomina socialmente *fetismo, bebismo o infantilismo*. Al respecto, Guajardo y col. señalan: "En el sistema inconsciente es altamente frecuente encontrar sucesos traumáticos, en especial en los primeros años de vida, que en la mayoría de adictos actúan generando emociones o pensamientos disfuncionales que precipitan episodios

de consumo o recaídas”. En el mismo sentido, Calero manifiesta: “El futuro del hombre depende de los primeros años de su vida. Los primeros 5 años de vida son muy importantes y en ellos se encuentran riquezas mentales insospechadas. El punto de encuentro entre el nacimiento y la edad adulta se sitúa en el tercer año de vida. ¡A los tres años el ser humano ha recorrido ya la mitad del camino de su evolución mental!”.

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

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

2. Factores predisponentes

Odio. Ira embalsada, hostilidad y rechazo permanente contra sí mismo, algo o alguien, con determinación autodestructiva, conciente o inconsciente. Rencor, resentimiento, encono.

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

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

Vacuidad. Percepción de carencia de contenido espiritual que se manifiesta mediante el aburrimiento persistente: “*me aburro de estar aburrido*”. Vacío espiritual, tedio, hastío. Ríos y col (10) señalan: “La vacuidad sería entonces algo equivalente a lo que se ha llamado, desde otros esquemas referenciales, ora depresión primaria, ora depresión narcisística o bien, muy metafóricamente “*agujero negro*”. *Cabeza hueca, calabaza*.”

Minusvalía. Sentimiento de baja autoestima. Sentirse menos que los demás. Creerse de poca valía, *poquita cosa*.

Infelicidad. Sentimiento de desolación, angustia e insatisfacción espiritual profunda. Desdicha, fatalidad. Se vivencia un estado de penumbra, pesadilla y pesadumbre por causa de la enfermedad adictiva que desagarra espiritualmente a la familia.

Sin sentido de vida. Ausencia de dirección en el curso de la vida. Sin voluntad de sentido ni futuridad. Desorientación. Para Guajardo y col., “El ser humano necesita encontrarle un sentido a la vida, saber cuál es el papel que juega dentro del Universo, por qué y para qué existe. La necesidad de dar un sentido a nuestra existencia es saberse significativamente integrado dentro de una realidad más amplia. Lo anterior resulta difícil para muchas personas en esta época de rápidos y contradictorios cambios sociales”.

Carencia de proyecto de vida. Vivir el momento y nada más; sin objetivos ni metas definidas. Ausencia de visión y de planeación del futuro.

Evasión. Huir de sí mismo, de la soledad, de la vacuidad, de los problemas. Fuga. Refugio.

Hedonismo. Búsqueda de placer desmedido. Vivir únicamente para el disfrute por el disfrute ilimitado. Sensualidad. Concupiscencia.

Estulticia. Necedad irreductible. Proceder con irracionalidad persistente como si se hubiera perdido el juicio, teniendo la razón plenamente conservada. Actuar como un *sordo, ciego y testarudo*.

3. Factores determinantes

Antecedentes familiares. Historia familiar adictiva. Familiares por rama paterna, materna, cercana o lejana afectados por la enfermedad adictiva, lo cual predispone a la persona a adquirir la enfermedad cuando se presentan los factores detonantes. Predisposición genética.

Influencia negativa. Presencia de adictos en el entorno amical. Convivencia o salidas frecuentes con este tipo de enfermos, quienes presionan en forma

sostenida para involucrar a las personas vulnerables en el proceso adictivo. *Las adicciones son contagiosas.*

Mercado adictivo. Disponibilidad de un sinnúmero de oportunidades adictivas en el mercado hedonista, verbigracia: tragamonedas, casinos, cabinas de Internet, juegos en red, máquinas chinas, microcomercialización de drogas, expendio indiscriminado de drogas legales, *delibery*. Narcotráfico nacional e internacional a través de omnímodos cárteles que todo lo corrompen (Cartel de Cali, Cartel de Tijuana).

Libertinaje. Libertad ilimitada que se concede a una persona carente de responsabilidad, autocontrol y de previsión suficiente.

Estilos de vida desenfadada. Formas de vida consagradas al placer desmedido y al esparcimiento ilimitado, sin prever las consecuencias.

4. Factores precipitantes

Oportunidad. Ocasión de iniciar experiencias recreativas en tragamonedas, casinos, cabinas de Internet, discotecas, fiestas, viajes de promoción, campamentos, conciertos de música juvenil o paseos a lugares de hedonismo masivo: *Máncora City*, Lunahuaná, Cuzco, playas del sur. Así mismo, práctica de deportes con elevada frecuencia de consumo de drogas: tabla hawaiana, canotaje, etc. También, deportes de alto riesgo como carreras de carro (“piques”) o carreras de motocicleta, entre otros.

Presión social. Conductas adictivas inducidas bajo presión por adictos activos, quienes mediante diferentes estratagemas procuran que un nuevo miembro se integre al clan amical que practica los rituales adictivos sean estos electrónicos, sociales, lúdicos o con sustancias psicoactivas. *El vicio hace al círculo y el círculo hace al vicio.*

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

5. Factores de sostenimiento

La enfermedad adictiva suele ser mantenida por una secuencia de estilos de vida concupiscentes por parte del dependiente o de su entorno familiar y/o social; por ejemplo, libar licor y fumar tabaco con frecuencia regular, asistencia regular a fiestas desenfadadas, actitud libérrima ante la práctica de conductas adictivas, fácil disponibilidad de dinero y encubrimiento

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

Áreas de intervención preventivo – terapéutica

Desde una perspectiva holística, el fenómeno adictivo es una unidad mórbida constituida por 13 áreas con una representación porcentual específica para cada área estimada empíricamente. Dichas áreas de intervención son:

ÁREAS	ESTIMACIÓN EMPÍRICA (%)
• Ecológica.....	10
• Social.....	10
• Mercado hedonista.....	05
• Entorno familiar.....	10
• Orgánica.....	04
• Biogenética.....	05
• Personalidad.....	10
• Emocional, afectiva y volitiva....	05
• Espiritualidad.....	20
• Cognitiva.....	05
• Comportamiento.....	05
• Esparcimiento.....	10
• Adicción.....	01
	100

Aplicamos un manejo terapéutico homogéneo para cualquier tipo de adicciones a través del **Modelo familiar: de afronte holístico de las adicciones**. El éxito terapéutico se asegura desde el primer momento del tratamiento cuando al paciente se le aísla de todo contacto con el área ecológica, social y el mercado adictivo. El tratamiento está centrado en la familia y no en el paciente, quien solo es un miembro más del núcleo familiar. Se pone mayor énfasis en el tratamiento y en el desarrollo humano y familiar. La conciencia de enfermedad, voluntad, motivación para el tratamiento, sensibilidad y la conducta social adaptativa son logros de una efectiva intervención preventiva, terapéutica, de rehabilitación y seguimiento, la misma que debe ser integral, transdisciplinaria, multimodal y a largo plazo, sujeta a evaluación, supervisión y monitoreo *continuum*, que debe ser

conducido por un equipo terapéutico con experticia y un genuino compromiso profesional humanista; mas no por personal empírico con desconocimiento de los fundamentos científicos de esta enfermedad familiar aun cuando estos sean supuestos *ex-adictos*. Al respecto, Guajardo y col. señalan: "El proceso terapéutico es similar para cualquier droga que se consuma". Por su lado, Secades y col. acotan: "La similitud entre el juego patológico y el abuso de sustancias tóxicas, conlleva a que, las técnicas de tratamiento utilizadas en ambos trastornos sean similares"

BIBLIOGRAFÍA

- ALCÁNTARA, H. y otros. (2002) Cómo proteger a tus hijos contra las drogas. Guía práctica para padres de familia. México: Centro de Integración Juvenil, AC.
- ENOCH, M. Genetic and enviromental influences on the development of alcoholism. Resilience vs.risk. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1094:193-201.
- CALERO, M. (1996) Escuela de Padres. Lima: Ediciones Abedul E.I.R.L.
- CIRILLO, S. y otros. (1998) La familia del toxicodependiente. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- GUAJARDO H. y KUSHNER D. (2004) Mayéutica Manual Terapéutico. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile.
- KAPLAN H. y SADOCKS B. (2003) Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Novena edición. Philadelphia: Williams & Wilkins Ed.
- KUPFERMANN I. y otros. (2001) Estados de Motivación y Adictivos. Principios de Neurociencia. Cuarta edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- NIZAMA M. (2006) Modelo Familiar: Afronete Holístico de las Adicciones. Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Lima.
- NIZAMA M. (2003) Guía para el Manejo Familiar de las Adicciones. Lima: Fondo Editorial Universidad Alas Peruanas.
- RÍOS M. y RÍOS C. (1996) Organización narcisista, insinceridad y vacuidad en la adicción. En: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires; vol. XVIII, Nº 2: 341.
- SECADES R. y VILLA A. (1998) El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia. Madrid: Ediciones Pirámide.