

VIOLENCIA Y ADICCIONES: PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

Gloria Cueva^{1,a}

RESUMEN

La violencia y las adicciones constituyen problemas de gran impacto en las personas, las familias y las comunidades, pues alteran el normal desenvolvimiento y la posibilidad de desarrollarse plenamente. En su presentación participan múltiples factores que obligan a que las alternativas de solución sean articuladas desde diferentes sectores y con una mirada integradora. Las perspectivas de un buen desarrollo individual y colectivo dependerán de la eficacia de las acciones que se tomen, desde la mirada de la Salud Pública.

Palabras clave: *Violencia; Abuso de drogas; Alcoholismo; Salud pública (fuente: DeCS BIREME).*

VIOLENCE AND ADDICTIONS: PUBLIC HEALTH PROBLEMS

ABSTRACT

Violence and addictions produce a great impact over persons, families, and communities. They impair their normal development and affect the possibility of individuals to fully grow. There are many different factors involved in their presentation, so proposed solutions must come from different sectors with an integrated point of view. The prospects of an adequate individual and collective development depend on the efficacy of the actions taken, from the public health point of view.

Key words: *Violence; Substance-related disorders; Alcoholism; Public health (source: MeSH NLM).*

Los seres humanos en la actualidad son todavía *Homo sapiens-amans amans*. A lo largo de la historia han surgido formas que podrían ser llamadas *Homo sapiens-amans agressans* y *Homo Sapiens-amans arrogans* que en los últimos diez mil años han surgido repetidas veces como imperios y sistemas políticos autoritarios que luego se extinguieron⁽¹⁾. Cuando la agresividad se desborda y se acompaña de la indiferencia de los demás, entonces empieza la decadencia de la sociedad.

LA VIOLENCIA Y LAS ADICCIONES EN LA AGENDA PÚBLICA

La salud mental ha sido largamente postergada a la hora de establecer prioridades presupuestales en la agenda pública. Aunque se ha pretendido incluirle como parte del paquete integral de atenciones en los establecimientos de salud, lo cierto es que las enfermedades psiquiátricas no son debidamente detectadas ni tratadas. Se pueden mencionar múltiples factores que han producido este lamentable sesgo en la atención integral: poco fortalecimiento de competencias en el personal de salud, sobrecarga laboral, falta de incentivos, alta rotación de personal, deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia, escasa

disponibilidad de psicofármacos, falta de un sistema de registro de información unificado, hospitales de día, internamiento de casos agudos en hospitales generales y hogares protegidos, etc.

La complejidad de la problemática de la violencia y las adicciones, el componente psicosocial, la discapacidad física y mental en el afectado así como en el entorno familiar, hace necesario el concurso de diferentes actores para su solución, no solo desde el sector salud, principal interesado, sino también de otras instituciones públicas, privadas así como de la sociedad civil. Cuando la salud mental se haya posicionado como una política de Estado y los colectivos sociales la reconozcan como un derecho que debe ser exigido, habremos logrado darle sostenibilidad a los avances logrados y expandir su accionar, lo que redundará en un gran beneficio para nuestra población.

Los nuevos desafíos en salud mental incluyen el aumento de la demanda de servicios, por parte de la sociedad, que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida, del abuso de las drogas y el alcohol y el fenómeno de la violencia. Estas circunstancias han motivado iniciativas, desde el Estado y de los cooperantes, para desarrollar

¹ Dirección de Salud Mental, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra

acciones oportunas que ayuden a superar las alarmantes cifras que han ido apareciendo al respecto.

CIFRAS QUE ALERTAN

Según estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental, los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes encontrados en Lima fueron la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el abuso/dependencia al alcohol ⁽²⁾. En sierra y selva, lo más frecuente fue abuso/dependencia al alcohol, seguido de depresión y TAG ^(3,4).

El estudio de carga de enfermedad en el Perú fue una importante contribución para la toma de decisiones en Salud Pública. Se encontró que el grupo de daños que causan mayor carga de enfermedad son las enfermedades neuropsiquiátricas. Con datos nacionales de mortalidad y morbilidad se ha estimado que estas enfermedades producen 826 253 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA), lo cual representa el 16% de todos los AVISA y el 28% de los AVISA de enfermedades no transmisibles. Este grupo de padecimientos tiene mayor carga de enfermedad debida a los años vividos con discapacidad (88% del total de AVISA). Esto permitió el desarrollo de programas de atención primaria y la inclusión de las enfermedades mentales dentro de las prioridades de salud en el Plan Nacional Concertado de Salud ⁽⁵⁾.

El impacto que tienen la violencia y las adicciones es especialmente preocupante en los jóvenes. La primera encuesta nacional de la juventud peruana señaló que los principales problemas que afectan a los jóvenes son la delincuencia y el pandillaje (58,6%); la falta de oportunidad para acceder a un trabajo (43,2%) y el consumo excesivo de alcohol o drogas (39,5%). Al evaluar a jóvenes entre 15 y 29 años de edad que estudiaron en un centro de educación superior, se encontró que los problemas sociales más frecuentes fueron: burla o descalificaciones entre compañeros por el aspecto o vestimenta (32,9%), violencia física entre alumnos (26,2%), problemas serios de disciplina (22,8%) y consumo de alcohol y drogas (20,8%) ⁽⁶⁾.

Con relación al consumo de drogas, el 32% de adictos a la cocaína son menores de 25 años. El consumo de sustancias ilegales se concentra principalmente en adolescentes y jóvenes. La edad de inicio de consumo de marihuana, pasta básica de cocaína y cocaína fue 11, 12 y 14 años respectivamente. Entre las personas que buscaron tratamiento por abuso o dependencia a sustancias, se observó que iniciaron a consumir drogas antes de los 15 años (a excepción de los inhalantes como

el "terokal" cuyo inicio es antes de los 10 años), y después de los 30 años en el caso de benzodiazepinas ⁽⁷⁾.

ALCOHOL Y DROGAS EN RELACIÓN CON LA CONDUCTA DELICTIVA EN ADOLESCENTES

La comisión de delitos en adolescentes infractores de la Ley, bajo los efectos de una droga (causal psicofarmacológica) puede ser analizada con mayor detalle, en un informe conjunto de las experiencias en Perú, Chile, Bolivia, Colombia y Uruguay ⁽⁸⁾.

En el caso del alcohol, el 19% del delito adolescente peruano puede atribuirse al uso exclusivo de alcohol; mientras que la proporción de delito atribuible a drogas es de 16,3% (alrededor de uno de cada ocho delitos realizados por adolescentes). Considerando el alcohol en la proporción de delito atribuible, la estimación peruana se incrementa a 35,7%, lo que significa que al menos uno de cada tres delitos por adolescentes tiene que ver con drogas o alcohol. Las tasas de uso y abuso de drogas entre adolescentes infractores están completamente por encima de las que existen en población general de la misma edad. Es de resaltar la importancia que conlleva el consumo de alcohol en nuestra población adolescente, en la comisión de delitos contra el patrimonio, contra el cuerpo y la salud, contra la libertad sexual, homicidios, etc. ⁽⁸⁾.

EL COSTO ECONÓMICO Y SOCIAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

En el Perú, el abuso de sustancias alude al consumo de marihuana, drogas derivadas de la cocaína y el alcohol (incluyendo el policonsumo). La sumatoria de los efectos producidos sobre la vida personal, laboral, el entorno familiar y el gasto público, hacen ver el consumo de drogas como un grave problema social y un dilema económico para el país.

El costo del consumo de sustancias en el Perú es de 444,7 millones de dólares anuales, lo que corresponde a alrededor de USD 16 *per cápita*. La magnitud del problema representa un 0,2% del Producto Bruto Interno. De este costo anual corresponden al alcohol 245,7 millones de dólares o USD 8,7 *per cápita*; a drogas ilegales 192,3 millones de dólares o 6,8 USD *per cápita*; y al tabaco 7,0 millones de dólares o USD 0,2 *per cápita*.

Una variable importante es encontrar que el consumo y sus consecuencias en la salud se concentran sobre todo en la población masculina relativamente joven, la cual hace mención a la población económicamente activa

y todas las implicancias que este abuso de drogas representa en aquella población trabajadora. También es de destacar los efectos sobre la estructura social, provocando desintegración familiar y ocasionando dificultades para mejorar las condiciones de vida de sus miembros, incluyendo el incremento de capacidades para generar en el futuro mayores ingresos y lograr un estado de bienestar ⁽⁹⁾.

Las familias de los pacientes adictos llegan a sentirse sumamente agobiadas por esta situación, lo que las hace acudir a lugares que se presentan como centros de recuperación, sin serlo. Una tragedia ocurrió en la ciudad de Lima el 28 de enero de 2012, cuando un establecimiento de internamiento para adictos sufrió un incendio de grandes proporciones que causó la muerte de treinta personas. Este local no tenía licencia de funcionamiento ni había sido registrado en la dirección de salud correspondiente; por tanto, ejercía una actividad ilegal frente a un problema que debe abordarse por un equipo multidisciplinario que garantice los procedimientos apropiados para este tipo de trastornos.

En la actualidad, en el portal electrónico del Ministerio de Salud del Perú se encuentran registrados 39 centros de atención para dependientes a sustancias psicoactivas y otras dependencias ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, existen cientos de establecimientos informales que ponen en riesgo la salud y la integridad de las personas internadas, muchas de ellas ingresadas contra su voluntad y cuyos familiares los eligen como alternativa de “tratamiento”, desconociendo las malas condiciones en las que funcionan.

Las adicciones forman parte de los trastornos psiquiátricos, producen una alteración neurobiológica importante que se traduce en la alteración de la conducta y la inadaptación al entorno, por ello requieren un tratamiento médico y psicosocial. Plantear el encierro y el maltrato, como formas de lograr la recuperación de las personas adictas, es inadmisibles tanto desde el punto de vista científico como legal, por ser ciudadanos sujetos de derechos. El internamiento involuntario solo puede ser permitido en caso de emergencia, tal como lo señala el Artículo 4.º de la Ley General de Salud, la cual afirma que: *ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo*. Existen, además, mecanismos legales que permiten el internamiento de personas adictas sin ser expuestas a una flagrante violación de sus derechos.

En las instituciones especializadas del Ministerio de Salud se hace un abordaje que respeta la voluntad en

el ingreso y pone en práctica el afronte multidisciplinario de las adicciones. Un ejemplo de ello lo constituye el Centro de Rehabilitación de Ñaña, que funciona como una comunidad terapéutica profesionalizada desde hace más de 30 años.

En forma complementaria, la estrategia de atención primaria y el enfoque comunitario permiten una mirada longitudinal, enlazando el ámbito nacional, regional y local. Este modelo es la clave para la prevención y atención de las adicciones de manera integral. Con la cooperación de la Comisión Nacional para el Desarrollo de Vida Sin Drogas – DEVIDA, se han implementado 145 módulos de atención integral en salud mental con énfasis en adicciones (MAISM-A) y, en el segundo nivel de atención, seis centros de atención ambulatoria y de día para consumidores y dependientes a sustancias psicoactivas – CADES.

LOS ROSTROS DE LA VIOLENCIA

La violencia constituye un fenómeno complejo con muy diversas manifestaciones. Así, podemos referirnos con este término a las formas más simples de agresividad o a los más sofisticados modos de organización social injusta. En el ámbito de la violencia, debe ser distinguida la agresividad (territorial, alimentaria, sexual) de un animal, de la capacidad humana para realizar el mal y el odio a sus semejantes. La agresividad animal es eminentemente defensiva, mientras que la violencia, propia del ser humano, es mayoritariamente de patrón ofensivo ⁽¹¹⁾.

El informe mundial sobre la violencia y la salud recurre a un “modelo ecológico” para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia. Su principal utilidad estriba en que ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, al tiempo que proporciona un marco para comprender cómo interactúan. En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal; en el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las mantenidas con la familia, los amigos, las parejas y los compañeros; en el tercer nivel se exploran los contextos comunitarios en los que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario; el cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales.

Este modelo, ya que cada nivel superior incluye al previo, puede ilustrar cómo los factores de cada nivel refuerzan

o modifican los de otro. Así, por ejemplo, un individuo de personalidad agresiva tiene más probabilidades de actuar violentamente en el seno de una familia o una comunidad que acostumbra a resolver los conflictos mediante la violencia que si se encuentra en un entorno más pacífico. El aislamiento social, factor comunitario muy frecuente en el maltrato de ancianos, puede estar influido tanto por factores sociales (por ejemplo, un menor respeto a los ancianos en general) como relacionales (la pérdida de amigos y familiares). Además de ayudar a esclarecer las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también pone de manifiesto que, para prevenirla, es necesario actuar en varios niveles a la vez ⁽¹²⁾.

Vemos a la violencia retratada en los niños abofeteados y abusados, en los cuerpos de mujeres asesinadas, en los adolescentes acosados dentro y fuera de la escuela, en las personas gravemente lesionadas en un asalto o en un secuestro, en las calles y plazas, en los levantamientos colectivos, en los enfrentamientos armados; pero, sobre todo, el rostro más triste es el que se dibuja por la violencia ejercida en el propio hogar, contra la propia familia. Las secuelas del trauma derivan en conductas autodestructivas, que pueden terminar en suicidio, consumo de sustancias, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, etc.

Por este motivo, resulta de gran importancia atender las zonas que hayan sufrido el impacto de situaciones de violencia extrema asociado a pobreza, como es el caso de muchas regiones de la sierra y selva de nuestro país, que se vieron afectadas por la violencia política entre los años 1980 y 2000.

Asimismo, respecto a la población de niños y adolescentes, las investigaciones sugieren que los traumas pueden incluir problemas emocionales y físicos poniendo a aquellos expuestos al trauma en un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas y muerte prematura ⁽¹³⁾. Para los niños y jóvenes, además de los problemas de salud, existen otras consecuencias del trauma, entre las que se incluyen las dificultades en el aprendizaje, problemas de conducta, para relacionarse y poca competencia emocional y social ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

ACCIONES QUE CONSIDERAR PARA CONTROLAR EL DAÑO OCASIONADO POR LA VIOLENCIA Y LAS ADICCIONES

- En el marco de la Visión del Ministerio de Salud, debemos fomentar estilos de vida que permitan a los peruanos gozar de mejores condiciones de salud física, mental y social. Asimismo, crear mecanismos

que les permitan un mayor acceso a los servicios de atención y tratamiento.

- En el aspecto preventivo-promocional, se deben reforzar los lazos con el sector educación a fin de informar a la comunidad educativa (alumnos, padres de familia y maestros) sobre los factores protectores, las conductas de riesgo y de la necesidad de solicitar ayuda profesional apenas se detecte un problema relacionado con la violencia o las adicciones.
- Para responder a la demanda, se debe fortalecer las competencias del personal de salud del primer nivel de atención a través de los equipos consultores, así como proveer de mayor personal a nivel nacional, dedicado a la salud mental en atención primaria.
- Se deberá mejorar la aplicación del sistema de referencia y contrarreferencia para facilitar la atención en red, contando para ello con servicios de salud mental en los hospitales generales.
- Se extenderá el programa de "Fortalecimiento de los servicios de salud para la atención integral de víctimas de violencia", el cual ha demostrado su eficacia en once regiones priorizadas y que se ha llevado a cabo en virtud a un convenio firmado con la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Se realizarán reuniones macrorregionales sobre salud mental del niño y del adolescente, en las que se enfatizará en las pautas de crianza para prevenir la violencia en los niños y niñas, habilidades sociales para el afrontamiento de la violencia en la escuela y se fomentará la cultura del buen trato.
- Se establecerán y afianzarán alianzas con instituciones y organismos colaboradores que permitan extender una red preventivo-promocional y de atención enfocada a los problemas derivados de la violencia y del consumo de alcohol y sustancias, con enfoque comunitario y basado en evidencias.

CONCLUSIONES

Existe un alto impacto sobre la salud de las personas generado por las diversas manifestaciones de la conducta violenta, sea de modo individual o colectivo, así como por el descontrol que causan las adicciones. La conducta disruptiva que produce lesiones y sufrimientos, que incluso pueden acabar con la existencia de los pacientes y de otros, se ha tornado una práctica cotidiana en nuestro país. Frente a este fenómeno se han planteado iniciativas desde diferentes sectores, ya que es bien entendida la multicausalidad de la violencia y la necesidad de que sea abordada desde diferentes vertientes.

El tratamiento de las personas afectadas por la violencia o las adicciones, debe estar basado en evidencia científica que avale su eficacia y costo-efectividad para el contexto peruano. Además, debe administrarse en concordancia con el marco jurídico existente, tanto a nivel nacional como internacional, respetando su derecho a la dignidad, libertad de tomar sus propias decisiones, la no discriminación y el no sometimiento a tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes ⁽¹⁷⁾.

Se deben solucionar los problemas políticos, jurídicos y de financiamiento para lograr construir un estado de bienestar no solo en las personas sino en las familias y la sociedad. El problema de la violencia social, las adicciones, el incremento de los trastornos psiquiátricos y las conductas poco saludables que provocan la epidemia de enfermedades no transmisibles, derivan de la ausencia de salud mental, la cual se expresa en los comportamientos de riesgo desde las etapas más tempranas hasta la senectud. Para el abordaje de este problema complejo se requiere de un modelo integral, interdisciplinario, que posea una visión de Salud Pública y que ejerza acciones sobre sus múltiples factores culturales, sociales, psicológicos, biológicos, económicos y ecológicos. Solo así se estará en posibilidad de lograr los comportamientos saludables necesarios para avanzar en la solución de los graves problemas de salud, adicciones y de la violencia que padece nuestra sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dávila X, Maturana H. La gran oportunidad: Fin de la psiquis del liderazgo en el surgimiento de la psiquis de la gerencia co-inspirativa. Revista Estado, Gobierno y Gestión Pública. 2007;(10).
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Anales de Salud Mental. 2002;18(1-2).
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Anales de Salud Mental 2003;19(1-2).
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Lima: Anales de Salud Mental 2005;21(1-2).
- Velásquez A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R, Seclén Y. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Lima, Perú: MINSa; 2008.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Nacional de la Juventud Peruana - 2011. Lima: INEI; 2011.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en la Población General de Perú 2006. Lima: DEVIDA; 2008.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). La relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. Lima: UNODC; 2010.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Estudio del Impacto Social y Económico del Consumo de Drogas en el Perú 2010. Lima: DEVIDA; 2010.
- Ministerio de Salud. Relación de Centros de atención para dependientes a sustancias psicoactivas y otras dependencias [Internet]. Lima, Perú: MINSa; 2010 [citado el 20 de diciembre de 2011]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/publicaciondest.asp?dest_codigo=663
- Rojas L. Las semillas de la violencia. Barcelona: Círculo de Lectores, Madrid; 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: Resumen. Washington, DC: OPS; 2002.
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-58.
- Bogat GA, DeJonghe E, Levendosky AA, Davidson WS, von Eye A. Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. Child Abuse Negl. 2006;30(2):109-25.
- Kim J, Cicchetti D. A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence. J Abnorm Child Psychol. 2004;32(4):341-54.
- Weber DA, Reynolds CR. Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. Neuropsychol Rev. 2004;14(2):115-29.
- Estados Unidos Mexicanos. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. México, DF: Estados Unidos Mexicanos; 2008.

Correspondencia: Gloria Luz Cueva Vergara
 Dirección: Jr. Marchand 472, Lima 41, Perú.
 Teléfono: (51) 996353919
 Correo electrónico: gcuevav@yahoo.es