

ADICCIÓN MÚLTIPLE FAMILIAR: ESTUDIO DE UNA FAMILIA

Martín Nizama-Valadolid¹ Sonia Zevallos Bustamante²

Se revisa un caso de adicción familiar en el que dos de sus miembros, progenitor e hija, desarrollan dependencias múltiples. Ambos comparten una dependencia a la nicotina y al alcohol. Además, el progenitor presenta conducta adictiva al juego patológico (ludopatía); mientras que la hija presenta una adicción a marihuana y psicofármacos. Se discuten los mecanismos individuales, familiares y ambientales en el desarrollo de la enfermedad adictiva.

PALABRAS CLAVE: *Adicción Familiar. Adicción Múltiple. Dependencia Familiar*

A case of family adiction is revised, in which two of its members, the father and the daughter, develop multiple dependencies. Both of them share a dependence to nicotine and alcohol. Besides, the progenitor presents a pathologic conduct towards gambling, known as ludopathy, and the daughter has an addiction to marihuana and other drugs. The individual, familiar and enviromental mecanisms in the development of the adictive pathology are also discussed.

KEY WORDS: *Familiar Adiction, Multiple Adiction. Familiar Dependence*

¹ Médico Psiquiatra. Jefe del Modelo Familiar: Enfoque Ecológico de las Adicciones Departamento de Farmacodependencia. INSM «HD-HN».

² Médico Residente de Segundo Año de Psiquiatría. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

◆ INTRODUCCION

En el umbral del tercer milenio y comienzo de la globalización, el uso de sustancias psicoactivas continúa extendiéndose de manera acelerada en las sociedades de la modernidad, principalmente el consumo de sustancias lícitas tales como el alcohol, la nicotina y los psicofármacos, no obstante los esfuerzos crecientes para lograr su control. Si bien, con respecto al uso de nicotina, se sabe de una marcada tendencia decreciente en países desarrollados, en los que la disminución del uso indiscriminado de nicotina ha tenido un avance considerable durante el último cuarto de siglo, se proyecta que para el año 2000 la tasa de consumo se verá reducida al 21.7% de fumadores adultos, cifra que contrasta grandemente con la registrada en la década de los años 1960 a 1970 en los que esta alcanzó una tasa máxima de 41%. En éstos países la mayor disminución se da entre los graduados universitarios en los que se proyecta para el año 2000 una tasa de sólo el 5% en comparación con lo proyectado para egresados de la escuela superior en los que la cifra alcanzaría un 30%(4). Los países en vías de desarrollo, sin embargo, no muestran resultados similares y por el contrario el consumo aumenta principalmente entre los jóvenes y en el sexo femenino, causando graves problemas de salud pública. (1,16) Las tasas de prevalencia de drogas ilícitas para los años 1994-1995 en estudiantes de los Estados Unidos de Norteamérica alcanza un 33.5%, no habiendo diferencias significativas con jóvenes no estudiantes en quienes la tasa de prevalencia es de 34.0%, siendo entre los estudiantes la marihuana la droga de mayor uso con un 31.2%, y con respecto a las drogas lícitas, predomina el alcohol con una tasa de 83.2%, seguido de la nicotina con un 39.3%(10).

En cuanto a la adicción múltiple, se observa

que es un patrón prevaleciente de consumo dependiente, sin embargo siempre existe una droga dominante sobre las otras sustancias como patrón usual, tal como lo mostró el estudio del Epidemiologic Catchment Area Program (ECA) de los Estados Unidos de Norteamérica, en el cual se encontró que el 77 % de los pacientes calificaron solamente para una sustancia, 13% para dos, 6% para tres y 4 % para cinco o más(19). En contraste, en nuestro medio, en un estudio realizado por Nizama en 120 pacientes dependientes a Pasta Básica de Cocaína (PBC) en 1991, encontró que más del 50% de pacientes eran polidependientes (11).

La implicancia de factores genéticos dentro de los factores causales de las adicciones es cada vez más aceptado, habiéndose comprobado que existe una mayor predisposición a la adicción en hijos de dependientes, encontrándose una frecuencia cuatro veces mayor de alcoholismo en descendientes varones de alcohólicos en comparación con aquellos descendientes de no alcohólicos, sin considerar si son criados por padres adoptivos o biológicos (3,5). Frances y col. observaron que los gemelos monocigotos, en comparación con los heterocigotos, poseen tasas dos veces más altas de concordancia para el alcoholismo (5).

En otro estudio Miller y col encontraron que un 50 % de adictos a la cocaína tenían familiares alcohólicos de primer o segundo grado(8). Asimismo, la alta prevalencia de adictos a la cocaína y otras drogas entre alcohólicos sugieren un predisposición genética y neuroquímica similar para el alcohol y las otras sustancias.(7,8) En la experiencia nacional, en un estudio en gemelos monocigotos polidependientes realizado por Nizama y Enríquez en 1996, los hallazgos encontrados concuerdan con esto, relacionando las bases genéticas con la enfermedad adictiva(17). Sin

embargo las características biológicas no serían suficientes para explicar la génesis del fenómeno adictivo, y la conducta adictiva dentro de la familia se constituye en un factor causal de primera línea, junto a los factores socioambientales y a otras características propias de la familia, sobretudo cuando se trata de familiares que de algún modo son considerados modelos a seguir. Asimismo, es importante el grado de ascendencia del familiar con respecto al adicto. En un estudio realizado por el National Opinion Research Center durante los años 1991, 1992 y 1993 en adolescentes norteamericanos se analizó la correlación existente entre la necesidad de uso de drogas y la estructura familiar, y se encontró que existía una mayor condición de riesgo cuando el familiar ausente era del sexo opuesto al del adolescente, correlacionando además con un mayor puntuación en lo que se refiere a drogas ilícitas, principalmente a marihuana (6). Por otro lado, se ha visto desde la perspectiva de las teorías conductuales la importancia del concepto del aprendizaje vicario en la génesis del abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas, como podría ser nuestro caso, que al tratarse del padre y de uno de sus hijos, éste concepto podría explicar gran parte de las conductas adictivas.

En el presente estudio se aborda un caso familiar de dependencia múltiple. En el padre, adicción a nicotina, alcohol y dependencia al juego de apuestas (ludopatía) y en su hija, dependencia a marihuana, psicofármacos y analgésicos. El propósito de éste trabajo es analizar los patrones familiares de conducta maladaptativa y como éstos predisponen no sólo a la adicción sino también a otras patologías psiquiátricas. Además claro está de la disfuncionalidad en la familia por la enfermedad adictiva del padre, el tipo característico de personalidad inmadura, la coadición que se evidencia en el ambiente familiar y de los factores biológicos hereditarios.

◆ MATERIAL Y METODOS

Sujetos : El presente estudio clínico comprende a dos miembros de una familia, el padre, de 60 años y su hija, de 24 años, ambos con dependencia múltiple de sustancias. Los dos pacientes proceden del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

Instrumentos : Formato de Historia Clínica Semiestructurado elaborado por Nizama y cols. y la Historia Clínica Psiquiátrica convencional.

Metodología : La metodología utilizada fue la entrevista, mediante la anamnesis directa e indirecta de los pacientes. Asimismo, se efectuó una evaluación del estado físico de ambos pacientes y se les practicó los exámenes auxiliares correspondientes en el mismo Instituto. El diagnóstico psiquiátrico se realizó siguiendo los criterios del CIE 10 de dependencia a sustancias psicoactivas y de trastornos del comportamiento relacionados al juego de apuestas o ludopatía.

CASO I

1. Filiación

Paciente de sexo masculino, 60 años de edad, casado, natural de La Victoria, procedente de Surco. Instrucción superior incompleta en relaciones industriales. Empleado jubilado. Informantes : Esposa y paciente

2. Enfermedad Actual :

El paciente informa que inició el consumo de nicotina, aproximadamente a los 18 años de edad aproximadamente por considerar al cigarrillo "como una buena compañía" y por presión del grupo amical. Comenzó fumando cigarrillos negros con una frecuencia que

alcanzó rápidamente los 10 cigarrillos por día. Fue incrementando progresivamente el consumo hasta llegar a una cajetilla por día. A los 30 años de edad intentó por primera vez dejar de fumar. Refiere que su motivación para hacer este intento frustró, fue el saber que era perjudicial para su salud. La forma cómo intentó cesar el consumo fue chupando caramelos para calmar la ansiedad que le provocaba la cesación de fumar nicotina. Logró disminuir su ansiedad sólo parcialmente, sin conseguir la abstinencia total por "falta de voluntad" según manifiesta el paciente.

El usuario también refiere que las situaciones que le generan mayor apetencia y desencadenan el consumo son estímulos tales como : tomar café, ir al baño, ingerir alcohol en reuniones sociales, jugar cartas con sus amigos en el club apostando dinero y en ocasiones solicitó prestado a sus amigos endeudándose para continuar el juego de azar.

Actualmente, su consumo ha disminuido a poco más de 10 cigarrillos por día, después que se enteró que su hija consumía drogas, no obstante que según él, ha decidido dejar de fumar, por el bien de su hija.

Antes de iniciarse el tratamiento de su hija, el 13 de enero de 1998 fumaba con ella y ambos compartían solidariamente los cigarrillos. Según él, "era una forma de expresarle y darle confianza". Asimismo, solía despertarla para pedirle cigarrillos, situación que era recíproca. Su esposa informa que frecuentemente el paciente se ha quedado dormido con el cigarrillo encendido causando pequeñas quemaduras en las sábanas y demás ropas de cama. De esta manera el paciente creaba una situación de alto riesgo tanto para él como para el resto de su familia debido a la probabilidad de provocar un incendio.

Desde el inicio del tratamiento de su hija, el

paciente ha dejado de fumar con ella, ha disminuido el consumo a poco más de 10 cigarrillos por día y se encierra en el baño a fumar para no ser visualizado por la paciente. Sin embargo, con ello no impide que el olor del tabaco se expanda por todo el domicilio. Es más, su esposa manifiesta que frecuentemente su hija encuentra cigarrillos en los bolsillos de su padre, situación que deviene en una tentación para la hija enferma.

En relación al juego de cartas, el paciente manifiesta que se inició como jugador hace 36 años en 1962, y fue de casualidad, jugando póker. Al comienzo acostumbraba a reunirse con sus amigos en el club de Electrolima a tomar lunche. De pronto a alguien se le ocurrió jugar y así fue formándose el grupo. Jugaban diariamente desde las 6 pm un promedio de 6 horas al día, aunque muchas veces lo hacían hasta el amanecer. Apostaban cantidades importantes de dinero llegando incluso en una oportunidad a perder todo su sueldo. Jugaron durante un año seguido al cabo del cual los amigos se fueron casando disolviéndose así el grupo.

El paciente afirma que nunca dejó de asistir a las reuniones de juego. Para ello, postergaba compromisos sociales y familiares importantes. En el grupo amical nunca pensaron abandonar el juego. Tan sólo en una oportunidad, cuando comenzaron a amanecerse jugando y tenían que ir a trabajar sin haber dormido "pensamos que era malo hacer eso, pero no podíamos dejarlo, porque estábamos contentos".

Asimismo, el paciente menciona que al jugar sentía gran excitación y satisfacción olvidándose de todos sus problemas ; sobretodo porque en esos momentos hedonísticos (placeres) jugaba con mayor avidez e intensidad. También refiere que durante el juego sentía que el dinero no valía nada, por lo que podía apostar cantidades importantes, sin que esta

situación le genere sentimientos de culpa, pena o arrepentimiento: “me resignaba, era parte del juego”. Luego agrega que lo que más le gustaba era ganar dinero y cuando esto sucedía se sentía extremadamente feliz, lo cual era muy frecuente. A su juicio “lo mejor del juego era el juego en sí, el elegir las cartas y acomodarlas para luego ganar”. La mayor emoción la experimentaba al final de cada jugada. Expresa que pasase lo que pasase siempre se mantenía sereno.

Relata que en los momentos que no jugaba, visualizaba imágenes del juego que aparecían diariamente durante unos 5 minutos, luego desaparecían. De igual modo, manifiesta que el mismo día que jugaba no podía conciliar el sueño rápidamente, debido a que visualizaba espontáneamente imágenes intrusivas del juego, durante aproximadamente una hora.

Tras la disolución del grupo de amigos, cesó el juego durante unos 15 años hasta que hace 16 años (1982) formó un nuevo grupo con uno de sus hermanos (ya fallecido) y otros amigos. Jugaban póker el primer y tercer sábado de cada mes. Se reunían en la casa de alguno de ellos y por lo general jugaban desde las 11 pm hasta las 6 am. Las apuestas eran menores, equivalentes a unos diez dólares y señala que el placer y excitación experimentados eran menores, “tal vez por la menor cantidad de dinero apostado”. Al igual que con el grupo anterior de amigos, no solía faltar a las reuniones y su puntual asistencia a ellas motivaba frecuentes discusiones con su esposa, las mismas que terminaron cuando un primo de ella se sumó al grupo. Jugaron durante 8 años con éstas características. Al cabo de este lapso el grupo se desintegró al enfermar su hermano y viajar los otros miembros.

En ese lapso, durante los fines de semana presentaba deseos más intensos de jugar. En esos momentos veía imágenes repetitivas del juego que desaparecían rápidamente al cabo de unos minutos.

En el año 1993 reinicia el juego de cartas; esta vez en el Círculo Deportivo Italiano donde se unió al grupo que jugaba el “espejito”: juego que consiste en crear grupos y escaleras, ganando el jugador que se queda primero sin cartas y con sus grupos completos. Desde entonces juega dos veces por semana, los lunes y los miércoles alrededor de 12 horas. Empezaban a jugar a las 4 pm. Jugaba con 5 amigos más y apostaban más o menos el equivalente a \$ 8 por noche. Dice que esto lo hacía “por estar jubilado y no tener nada más que hacer”. Manifiesta incluso que uno de los motivos que le provocaba más deseos de jugar, era estar en casa sin hacer nada. Igualmente, que se sentía recompensado al ganar, estar con sus amigos y pasar bien el tiempo. Acota que el placer experimentado era similar al del año 1962.

El paciente cree no haber abandonado sus responsabilidades debido a su juego compulsivo: “si todo está tranquilo, entonces ¿por qué yo no puedo jugar?”. Aunque en presencia de su esposa admite estar siendo irresponsable con el tratamiento de su hija, priorizando siempre el juego. También afirma que han habido oportunidades en las cuales ha tenido que pedir dinero prestado para poder seguir jugando. Sin embargo, nunca ha acumulado deudas importantes ni ha perdido bienes a causa del juego. La esposa afirma que al paciente nunca le falta dinero para el juego, pero incumple con el suministro de dinero para los gastos de manutención del hogar y del tratamiento de sus hijos.

A continuación, permaneció tres años sin

El paciente también es aficionado al juego de

billas, el mismo que jugó ininterrumpidamente durante 31 años (1965 -1996). Jugaba billas diariamente, 1 a 2 horas por día. También apostaba alrededor del equivalente a dos dólares por día. La excitación y el placer experimentados eran importantes, aunque de menor intensidad que lo experimentado con el juego de naipes. El paciente comenta que la calidad del disfrute "depende mucho de las parejas de juego y del ambiente". Desde 1996 ya no juega billas, según él "porque ya no hay ambiente", puesto que las personas con las que solía jugar se han ido retirando.

De otro lado, comenzó la ingesta de licor hace 40 años y bebió hasta hace 8 años. Inicialmente bebía en reuniones sociales y los tres últimos años libaba en su casa. Bebía solo y lo hacía diariamente, Consumía un promedio de una botella de vino o whisky por semana y ocasionalmente 1 a 2 botellas de cerveza diaria, llegando a embriagarse por lo menos 1 vez a la semana. En estado de ebriedad se tornaba demandante y querellante, tanto con esposa como con sus hijos que entonces aún eran niños.

Durante su fase alcohólica, frecuentemente se ausentaba de su domicilio por las noches, sin rumbo conocido. Mantenía relaciones sentimentales con mujeres de menor edad que él, a quienes obsequiaba joyas y otros regalos, motivando fuertes discusiones con su cónyuge. En el período 1989 - 1990, después del accidente en el que casi pierde la vida al chocar su automóvil contra un obelisco, por manejar en estado de ebriedad, abandonó el consumo de licor, debido a la presión ejercida por su esposa quien prohibió terminantemente su ingesta en casa.

Finalmente, el paciente refiere que desde hace dos años nota cambios en su conducta, sintiéndose triste con la idea de haber envejecido. Así se lo han hecho notar sus amistades.

Igualmente, ha incrementado sus horas de sueño y ha perdido el interés por muchas cosas que antes lo atraían. Incluso manifiesta que durante el primer año disminuyó su interés por el juego.

Generalmente no siente deseos de levantarse de la cama por lo cual frecuentemente discute con su esposa e hija. Asimismo no se baña o permanece mucho tiempo en cama, lo que motiva que su hija le arroje agua en la cara para levantarlo. Manifiesta haber perdido la alegría de vivir y el vigor de otros años. También, se muestra irritable y hace un año presentó ideación suicida, la cual desapareció al encontrar otro empleo con posteridad a su jubilación, como vendedor de seguros.

Antecedentes Médicos. Paludismo a los 7 años. Gonorrea a los 35 años. Fractura de tibia y peroné derechos hace 4 años con reducción quirúrgica. Operado de obstrucción de glándula parótida hace 3 años. Niega alergias.

Examen Físico. Paciente adulto maduro, de sexo masculino, con cierto descuido en su aspecto personal sin llegar al desaliño.

Piel tibia elástica, hidratada, con lesiones maculares eritematosas y pruriginosas, asimismo coloración amarillenta a nivel de dedos y uñas de ambas manos a predominio de mano derecha.

Tejido celular subcutáneo de regular cantidad adecuadamente distribuido.

No adenopatías.

Cabeza normocéfalo, leve congestión de orofaringe.

Aparato respiratorio : Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores.

Aparato cardiovascular : Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos ni ruidos agregados.

Abdomen : Blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes.

No visceromegalia.

Neurológico : Paciente despierto, orientado en tres esferas, no signos meníngeos ni signos de focalización. Reflejos osteotendinosos normales.

Examen Mental. Paciente vigil, no establece un adecuado contacto visual, interacciona con dificultad con el examinador. Se aprecia un retardo psicomotor moderado, y una fascies que impresiona depresiva. Se muestra en general poco colaborador con la entrevista. Su lenguaje es parco, lento, con respuestas cortas y con tendencia a ser monosilábicas. Animo deprimido, demostrando pobre interés, actualmente sin ideación suicida ni ideas pasivas de muerte. No delusiones ni alucinaciones. Ausencia de autocrítica. Actitud pasiva. Evasivo. Memoria, juicio y abstracción conservadas. Sin conciencia de enfermedad mental.

3. Historia Personal

Es el último de 4 hermanos.

Escolaridad. En el colegio era ocioso ("flojo"), aunque durante los primeros años mantuvo un rendimiento bastante bueno, el mismo que luego disminuyó, repitiendo 3º de secundaria por inasistencias injustificadas.

En los últimos años, solía tener problemas de conducta que motivaban llamadas de atención y citaciones a sus padres, sin embargo refiere no haber sido suspendido en ninguna oportunidad.

Universidad. Estudió relaciones industriales en una Universidad Particular, con buen rendimiento, pero al empezar a laborar en Empresa de Electricidad se sintió desmotivado para seguir estudiando, abandonando los estudios en repetidas oportunidades y fue por insistencia de su esposa que terminó la carrera pero no se graduó por no sustentar su tesis.

Trabajo

. Empleado en Empresa de Electricidad donde desempeñó labores de técnico industrial durante 40 años hasta su jubilación en 1992.

. Operador de IBM durante 15 años hasta 1992.

. Desde hace 1 año, vendedor de seguros de vida en la compañía americana American Banker.

• Personalidad Previa

Considera que era alegre, sociable, extrovertido, algo desordenado. Por lo general siempre ha preferido aceptar órdenes en lugar de darlas "para evitar discusiones". Es frecuente que utilice mecanismos evasivos ante dificultades. Suele ser inseguro, irresponsable, no acepta críticas, y busca asumir el rol de víctima con lo que suele manipular a personas de su entorno. Fue bastante engraido y sobreprotegido por su madre y él a su vez engría y sobreprotege a su hija.

4. Historia Familiar

Padre: Fallecido de Diabetes Mellitus

Madre: Fallecida por ACV debido a HTA.

Hermanos: 4. Dos fallecidos, uno por aneurisma cerebral y otro por cáncer de hígado. Los otros 2 hermanos (hombre y mujer) son fumadores y bebedores sociales. La hermana es impulsiva y conflictiva. Actualmente ambos hermanos han entablado una acción judicial a la esposa del paciente por supuesto secuestro e intención homicida debido al tratamiento que se lleva a cabo en el paciente y su hija.

Esposa : 57 años. Jubilada de Empresa de Electricidad. Ama de casa. Trabaja además realizando labores manuales de artesanía (hace rosarios) para poder solventar los gastos de la casa. Es de carácter sumiso y pasivo, aunque el paciente la describe como autoritaria y dominante. Sobreprotectora de su hijo varón, según refiere por el hecho de que éste

recibe solo críticas y regaños de parte de su padre.

Hijos: Tiene 2 hijos.

El hijo mayor, tiene 27 años, sufre de Esquizofrenia paranoide crónica, habiendo realizado su primer brote en 1993. Desde 1995 no tiene crisis, y está actualmente asintomático con medicación (haloperidol, biperideno y carbamazepina). Estudia inglés en un Instituto particular, ha terminado estudios de administración hotelera y trabaja ocasionalmente como extra en telenovelas. Actualmente desempleado.

La hija menor, tiene 24 años, Ha culminado estudios de Traducción, Interpretación y Ciencias de la Comunicación en una Universidad Particular. Último empleo : empleada en la sección de crédito de una Casa Comercial, actualmente desempleada, consume marihuana, benzodíacepinas y nicotina. Actualmente se encuentra en tratamiento en el INSM. Es por ella que el paciente ingresa a tratamiento.

5. Exámenes Auxiliares e Interconsultas

. Hematológico :

Hemoglobina 16.6 gr/dl

Leucocitos 6,900 PMC (linfocitos 34%, monocitos 0, eosinófilos 0, basófilos 0, segmentados 66%, abastoados 0)

Exámen de Orina : Amarillo oscuro, transparente, densidad 1021, urobilina 2 ++, leucocitos 1-2 por campo, oxalatos de calcio 2 ++, células epiteliales regular cantidad.

Bioquímico sanguínea:

Glucosa : 105 mg/dl ; Creatinina : 1.2 mg/dl ; Transaminasas TGO : 45 UI/dl ; TGP 39 UI/dl ; Triglicéridos : 157 mg/ dl ; Colesterol : 227 mg/ dl ; HDL-C : 32 mg/ dl ; LDL : 164 mg/ dl

Serología : Suero no reactivo.

Metabolitos en orina : metabolitos de cannabis, negativo. Metabolitos de cocaína, negativo. Laboratorio no dispone de reactivos para nicotina, BZD ni neurolépticos.

Electrocardiograma : Normal.

Radiografía de Tórax : Acentuación de la trama vascular. Transparencia conservada de ambos campos pulmonares. Senos costodiafragmáticos libre, silueta cardíaca normal.

Interconsulta a Medicina Interna : Dermatomicosis.

6. Diagnóstico [Código CIE-10 (1992)]

- . Dependencia Nicotina F 17.24
- . Ludopatía F 63.0
- . Episodio depresivo moderado F 32.1
- . Dermatomicosis

7. Tratamiento

- 1) Preparación familiar
Tiempo : 5 meses.
Desde el 21-07-97 hasta el 14-01-98
- 2) Cesación del consumo de drogas :
Fecha : 15-01-98 por 4 días hasta 18-01-98
- 3) Manejo del Síndrome de Abstinencia
 - a) Medicación parenteral (inyectables) por 2 días
 - . Clorpromazina 25 mg amp. 37.5 mg/ día (1/ 2 amp. c/ 8 hrs MI)
 - . Levomepromazina 25 mg amp. 75 mg/ día. IM
 - . Prometazina 50 mg amp. 150 mg/ día. IM
 - b) Medicación Oral (pastillas) por 2 días
 - . Clorpromazina 100 mg tb. 400 mg/ día
 - . Sulpiride 200 mg tb. 400 mg/ día

Actualmente el paciente no recibe ninguna clase de medicación.

4) Desintoxicación

- . Deprivación de la sustancia a la cual es adicto
- . Abundante líquidos
- . Dieta normal
- . Reposo

Debido a la suspensión del tratamiento el día 18 de Enero, éste período de desintoxicación sólo se realizó durante los 4 días que el paciente permaneció en tratamiento.

5) Cuidados médicos y de enfermería en domicilio

- . Evaluación semanal por el médico internista.
- . Evaluación psiquiátrica .
- . Cuidados diarios de enfermería

Estos cuidados fueron dados únicamente mientras el paciente estuvo en tratamiento (4 días).

8. Evolución

Paciente con evolución desfavorable, quien autorizó su tratamiento. Únicamente cesó de fumar nicotina durante los 4 días que estuvo medicado. El 18 de Enero, se discontinuó el tratamiento por interferencia familiar exógena grave. Desde entonces, el paciente reinició el consumo compulsivo de nicotina. Actualmente fuma mas de 10 cigarrillos por día y ha vuelto a concurrir al Club Sportivo Italiano a jugar cartas desde hace 2 semanas y en dos oportunidades ha retornado a su domicilio al amanecer. El paciente no pudo cesar el consumo de nicotina durante los 5 meses de tratamiento ambulatorio. En la actualidad ya no fuma delante de su hija, tampoco le invita cigarrillos. Sin embargo minimiza el consumo y lo encubre. Fuma a escondidas en el baño y en la calle. Manifiesta tener apetencia irrefrenable de fumar y reconoce que "me falta fuerza de voluntad". No obstante haberse discontinuado su

tratamiento, el paciente colabora activamente con el tratamiento de su hija

CASO II

1) Filiación.

Paciente de sexo femenino, 24 años, soltera, con instrucción superior completa, empleada, natural y procedente de Lima.

2) Enfermedad Actual

Según referencia de su madre, la paciente cambió se carácter cuando tenía aproximadamente 19 años de edad. Al ingresar a la Universidad su padre le entregó el automóvil BMW de la familia para que asista a sus clases. Desde entonces no tenía horarios, llegaba a la hora que quería, no tenía control, "no sabíamos con quien andaba ni con quien estaba". El padre le decía a la madre "reza para que venga". Con el carro se iba a playas muy distantes con amigos y amigas, sin el conocimiento de sus padres.

A los 18 años tuvo su primer enamorado, a quien su hermano observó fumando marihuana en un almuerzo de ex-alumnos de un colegio de Surco.

Su segundo enamorado fue un tablista de conducta altanera que rehusaba el diálogo con los padres de la paciente, mostrándose evasivo y sin comunicación con la familia de ella. La relación con éste duró 3 años y según la madre fue tormentosa. Hablaban por teléfono muchas horas, hasta las 2 ó 3 am., peleaban, ella lloraba y reiteradamente le preguntaba "¿qué soy yo para tí?". Sin embargo iban a campamentos y tenían convivencia informal. Tuvo un tercer enamorado, también tablista. La relación sentimental duró un año. El la abandonó y ella lloraba desconsoladamente por él.

Los tres enamorados la dejaron y ella se mostraba extremadamente aferrada a ellos por quienes lloraba exageradamente, llamándolos por

teléfono.

La madre manifiesta que en enero de 1997 cuando viajaron a una playa en compañía de su hermano y su empleada, una pasajera advirtió a la empleada "cuídala, porque está drogada". Ya en la playa, lo primero que hizo fue ir a buscar a una chica, conocida adicta de la localidad, con quien se reunió de inmediato; luego ambas desaparecieron, retornando horas después sin explicar lo que hicieron.

En la playa su conducta fue extravagante. Se subía temerariamente a los cerros desobedeciendo las advertencias de peligro de los pescadores. Su madre tenía que ir a buscarla en bote a las playas más alejadas del lugar, recibiendo como única explicación "quiero estar sola".

Su padre refiere que hace un año: "sentí olor a hierba en su cuarto; era un olor fuerte que yo conocía porque lo había sentido en mis compañeros de trabajo". "subí a su cuarto y le pregunté ¿estás fumando marihuana? y ella lo negó cínicamente".

Ha sustraído dinero a sus padres en varias oportunidades entre 20 y 100 dólares. En una ocasión agredió físicamente a su padre para sustraerle dinero. En aquella oportunidad, ambos rodaron por el suelo, ella lo pateó, lo dominó y se llevó el dinero.

En febrero de 1997, su madre encontró marihuana guardada en una caja de cartón, donde ella guardaba sus libros de secundaria. "le encontré un poco de marihuana, papel de seda y una maquinita para preparar los cigarrillos de droga". "en la noche me reclamó la marihuana, le dije: esa basura en la basura está", "en realidad la boté al water". Hace 3 meses salió con su hermano de paseo en compañía de un amigo de él; de pronto la paciente inesperadamente expresó "me provoca un troncho". Su hermano se sorprendió, sin embargo ella se fue con el amigo que los acompañaba en busca de la marihuana, dejando a su hermano solo.

En adelante la madre frecuentemente

encontraba escondidas: marihuana, diazepam (Valium 10 mg) y Darvón compuesto (dextropropoxifeno, fenacetina, ácido acetil salicílico y cafeína) sea en su cuarto, en su cartera o en el cuello de su oso de felpa.

Fuma nicotina desde la época escolar. Su hermano comunicó en varias oportunidades a sus padres que ella fumaba nicotina con una amiga de infancia. Inicialmente el padre no le creyó. En la Universidad siguió fumando hasta completar una cajetilla de cigarrillos al día. Fumaba diariamente. Con su padre se invitaban mutuamente los cigarrillos; "en las noches yo le robaba un cigarrillo o la despertaba". El padre refiere por otro lado "me agredía porque me encontraba durmiendo en la cama". Ella rechazaba a su padre porque dormía mucho. Por esta razón el padre manifiesta "me agredía y me tiraba baldes con agua a mi cama".

Por otro lado ella es muy desordenada en la ingesta de alimentos; come a deshoras. Mezcla comidas dulces, saladas con abundante ají, todo lo cual licúa, se lo sirve en un plástico cualquiera y se lo lleva a su dormitorio. No come con los suyos y toma abundante agua helada.

Por su parte la paciente admite ser adicta a la marihuana, Darvón compuesto, diazepam y nicotina. Refiere que en los últimos diez meses fumaba marihuana, mayormente los fines de semana, "aunque habían semanas que fumaba todos los días". "fumaba marihuana en el trayecto de mi trabajo a mi casa". También la paciente agrega que durante los últimos cinco meses consumió diariamente 10 pastillas de Darvón compuesto: 5 a las 10 am. y 5 a las 5 pm.

En relación al Valium (diazepam), los padres informan que la paciente consume ésta sustancia desde hace 5 años. Ella manifiesta que durante esos años ha consumido 5 a 10 tabletas de Valium de 10 mg por día: "lo hacía para dormir cuando no salía a la calle".

También la paciente ingiere licor desde hace 4 o 5 años. Frecuentemente bebía cerveza en lata y vino. Lo hacía en su casa, en la calle y en las discotecas. Su madre prohibió beber licor en casa después del accidente automovilístico de su padre.

Ella retornaba a su hogar de madrugada, lo hacía en estado etílico, en taxi y con palabras soeces despertaba a su padre para que le pague al taxista. Llegaba con aliento alcohólico, vomitaba e insultaba a su madre, le decía que era una "bruja", así la llama comúnmente. Al ingresar a su domicilio, su marcha era inestable por lo que rompía floreros y maceteros al tropezar con éstos, también se le caían los objetos de la mano, principalmente el hielo y la comida.

En febrero de 1997, por sugerencia de unas amigas de infancia, recibió tratamiento por un psicólogo, quien informó a ambos padres que la paciente le había manifestado que era usuaria de marihuana desde hacía 5 años y que fumaba diariamente los últimos tiempos con su enamorado, justificando que "todo el mundo lo hacía"; asimismo que "ella podía controlarse y podía entrar y salir de la droga cuando quisiera". Amenazó al psicólogo con destruirle su oficina si se atrevía a contarle a sus padres lo que le había puesto en confidencia.

Frecuentemente esparcía desodorante de ambiente en spray y perfumes de olor penetrante diariamente por toda la casa.

Hace dos días, el miércoles 7 de enero, retornó de la playa a las 10 am en compañía de un amigote con aspecto desaliñado, quien lucía peluca y arete. Había dormido fuera de su casa. A mediodía exigió groseramente a su hermano que le tome fotografías estando ella con un bikini mal puesto en el jardín de su casa, mostraba sus vellos pubianos: "tú no te excitas porque eres mi hermano, cualquier hombre se excita". Por la presión de ella le tomó algunas fotografías. Finalmente su hermano por pudor se rehusó a continuar

tomándole fotos y se escondió en su dormitorio. Quería las fotos para remitirlas a las casas de modelos. Insistía en que le fotografíen sus tatuajes en la nalga, pecho y en el hombro derecho porque quería que la contraten como modelo.

Refiere la madre que al día siguiente a las 12 de la noche, estando en ropa interior, se puso la bata de su padre y así salió al centro del parque frente a su casa en compañía de su perro, permaneciendo 40 minutos sentada en el centro del parque. El padre la fue a ver para solicitarle que regrese a casa y ella no le obedeció.

También compró pasajes para viajar a Huaraz a trabajar en un hotel para ganar en dólares. Estaba desesperada por viajar a ese lugar de inmediato.

Por estos motivos sus padres solicitaron tratamiento médico especializado en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

Antecedentes Médicos. Hepatitis a los 7 años. Fiebre Tifoidea a los 12 años, Hepatitis tífica a los 14 años. Niega alergias, niega cirugías.

Examen Físico. Paciente joven, sexo femenino, pálida, delgada, con desaliño y desaseo personal.

Piel: Tibia, elástica, con tatuaje en región deltoidea derecha, región pectoral y glúteo. Tejido celular subcutáneo reducido, distribución de acuerdo a edad y sexo. No adenopatías cervicales, axilares e inguinales.

Cabeza: Normocéfalo. No tumoraciones ni signos de flogosis.

Boca: mucosas pálidas, caries dentales, congestión leve de orofaringe.

Aparato respiratorio: movilidad simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no estertores parenquimales ni bronquiales.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos

rítmicos, no soplos ni frotos.

Abdomen : Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no visceromegalia, no puntos dolorosos, no circulación colateral. Puño percusión lumbar negativa. Puntos renoureterales superior y medio negativos.

Neurológico : Despierta. Reflejos osteotendinosos normales, no signos de focalización, no signos meníngeos ni reflejos patológicos.

Examen Mental Vigil, lúcida, irritable. Desaliñada. Escaso juicio de la realidad. Decisión irreductible de viajar a Huaraz. Insulta a sus familiares, lenguaje coprolálico, carácter violento, agresiva, suspicaz, manipuladora, ideas de referencia, ánimo querellante, dice que no la dejan hacer su vida y cree que todos conspiran contra ella. Asume rol de víctima y vocífera en forma escandalosa. Ausencia de pudor, decoro y de conciencia de enfermedad. Angustia por salir a la calle. Carencia de autocritica y de capacidad de introspección. Comportamiento agitado e incontrolable por medios persuasivos.

3. Historia Personal

Es la segunda de dos hermanos.

Escolaridad. En el nido y en primaria rendimiento académico y conducta normales. En secundaria repitió segundo de secundaria por desidia ("floja"). Desmotivada para ingresar a la universidad.

Universidad. Rendimiento académico adecuado durante los dos primeros años. Un año discontinuó los estudios por limitaciones económicas de la familia. Se dedicó a la vagancia. Los últimos años perdió el interés por los estudios, sus condiscípulas de inicio ya no la buscaban, cambió de amigas. Sus nuevas amigas eran unas chicas "raras" y llegaban a la casa esporádicamente. Así culminó los estudios de Traducción, Interpretación y ciencias de la comunicación

en la Universidad.

Graduación : Obligó a sus padres a realizar una fiesta de graduación. Llegaron unas amigas "raras". La paciente se embriagó y así ebria se fue a la calle y retornó a las 8 am del día siguiente. Informó a su madre que se había ido a ver a su enamorado.

Trabajo : Fue vendedora estrella en una Empresa. Trabajó como modelo vendiendo cigarrillos y encendedores en los grifos los fines de semana.

Laboró en un Banco de Miraflores dos meses como vendedora de tarjetas de crédito.

En una casa comercial trabajó 8 meses como empleada en la sección crédito, Tuvo conflictos con su jefe y pidió cambio de sección, lo cual no le fue aceptado. Continuó como vendedora circulante ("volante") en las diferentes tiendas de la empresa.

Personalidad Premórbida Inestable, voluble, introvertida. Solidaria con sus familiares. Impulsiva, vehemente, caprichosa, demandante, fantasiosa, dependiente de su papá. Episodios de conducta regresiva ("berrinches") ante situaciones de intolerancia a la frustración. Intolerante y con inclinación al hedonismo.

4) Antecedentes Familiares PADRE : 60 años. Sobreprotege a la paciente en forma desmedida. Jubilado de Electrolima. Actualmente vendedor de seguros de vida. Dependiente de nicotina durante 43 años y jugador de cartas : póker, "espejito" durante 10 años. Fue adicto al licor durante 32 años en que bebía diariamente vino, whisky, ron, cerveza. Tuvo un accidente de tránsito (chocó su carro contra un obelisco) hace 8 años, desde entonces dejó de beber debido a la presión de su esposa que prohibió libar licor en el domicilio.

MADRE : 57 años. Jubilada de Electrolima.

Ama de casa, carácter pasivo, sumisa, pusilánime. Sobreprotectora de su hijo varón.

HERMANO : 26 años. Primogénito. Estudia inglés en el Instituto Cultural Británico. Ha terminado estudios de administración hotelera. Trabaja como extra en telenovelas. Actualmente se encuentra desempleado. Recibe tratamiento psiquiátrico por esquizofrenia paranoide crónica, actualmente asintomático.

5) Exámenes Auxiliares e Interconsultas

Metabolitos en Orina : THC (metabolitos de mariuana) POSITIVO 3 +++.

Hematológico :

Hemoglobina : 9 gr/dl

Hematocrito : 27 %

leucocitos : 11,800 PMC (linfocitos 17%, monocitos 2%, eosinófilos 1%, basófilos 0%., segmentados 68%, abastionados 12%. Anisotosis 1+, hipocromía 2++.

Examen de orina : Amarillo ámbar, transparente, densidad 1008, pH 5 , leucocitos aislados 5-6 por campo, células epiteliales regular cantidad.

Bioquímico :

Glucosa 156 mg/dl (muestra tomada a las 12 m), creatinina : 0.8 mg/dl ; proteínas totales : 7.2 gr/dl ; albúmina 4.1 gr/dl, globulina 3.1 gr/dl, relación albúmina/globulina 1.32 ; Transaminasas TGO 122 UI/L, TGP 97 UI/L ; triglicéridos : 123 mg/dl ; colesterol : 160 mg/dl, HDL 29 mg/dl, LDL 107 mg/dl.

Aglutinaciones : tífico "O" 1/40, tífico "H" negativo ; Paratífico "A" negativo, Paratífico B negativo, Brucella negativo.

Test para HIV negativo

Test de Pregnosticón negativo

VDRL negativo.

Radiografía de pulmones : Acentuación de la trama vascular, transparencia conservada de ambos campos pulmonares, senos costodiafragmáticos libres, silueta cardiaca normal.

6) Diagnóstico (Código)

- Dependencia de marihuana F 12.21
- Dependencia de benzodicepinas F 13.21
- Dependencia de analgésicos F 55.2
- Anemia ferropénica.

Tratamiento

1) Preparación familiar

Tiempo : 5 meses

Desde el 21-07-97 hasta el 12 de enero de 1998.

2) Cesación del consumo de drogas :

Fecha : 13-01-98

3) Manejo del Síndrome de abstinencia

a) Medicación parenteral (inyectables) por 4 días

. Haloperidol (haldol ampolla 5 mg) 30 mg IM por día

. Prometazina (fenergán ampolla 50 mg) 300 mg IM por día

. Levomepromazina (sinogán ampolla 25 mg) 150 mg IM por día

b) Medicación oral (pastillas) por 9 días

Actualmente la paciente recibe los siguientes fármacos orales :

. Clorpromazina (largactil tb 100 mg) 700 mg por día

. Levomepromazina (sinogán tb 25 mg) 200 mg por día

4) Desintoxicación

. Deprivación de las sustancias de las cuales es adicta

. Abundantes líquidos

. Dieta normal

. Reposo

5) Cuidados médicos y de enfermería en domicilio actualmente

- . Evaluación semanal por el médico internista
- . Evaluación psiquiátrica
- . Cuidados diarios de enfermería.

7) Evolución

Paciente con evolución favorable, quien ha autorizado su tratamiento por escrito. Se mantiene abstinencia durante 13 días. Sin embargo, observa comportamiento disocial de manejo difícil. Persiste su inconsciencia de enfermedad, actitud hostil hacia el entorno familiar, conducta manipuladora y minimización de su adicción. Gran ansiedad por salir a la calle "a hacer su vida". Se mantiene en su domicilio bajo cuidados médicos y de enfermería a solicitud de sus padres y en tratamiento del síndrome de abstinencia con sedación leve con medicación ya referida. Últimamente ha comenzado a colaborar con su tratamiento y asiste regularmente a la consulta en el Instituto en compañía de ambos padres. Su propósito encubierto es manipular al médico tratante y obtener su alta cuanto antes. Aun carece de conciencia de enfermedad. Simula acatar el tratamiento.

◆ DISCUSION

La presente revisión pretende analizar el problema de la dependencia a sustancias y de la conducta adictiva en general a través del estudio clínico fenomenológico multidimensional del entorno familiar, ambiental e individual de los pacientes.

En cuanto a las características individuales de los pacientes, el inicio de consumo de nicotina ocurre a una edad más temprana en la hija, remontándose éste a la edad escolar. Se sabe que la mayoría de individuos inicia

su experimentación con cigarrillos a una edad muy temprana y entre los que acaban por ser fumadores con regularidad, cerca del 50% tanto de los varones como de las mujeres empezaron a fumar con regularidad a los 18 años de edad(4). El patrón de consumo es similar en ambos, alcanzando una cajetilla diaria, lo que los ubica dentro de la categoría de grandes fumadores. Ambos inician la conducta adictiva con el consumo dependiente de nicotina, no siendo percibida ésta como problema por ninguno de los dos, y siendo además estimulada por el padre, a pesar del gran potencial adictivo de la nicotina. Según los estudios que comparan el uso de cigarrillos con el consumo de alcohol, se ha evidenciado que la mayoría de las personas pueden ingerir una bebida alcohólica en un momento dado y, a continuación, dejar de beber sin un costo personal importante, es decir, que pueden beber alcohol sin convertirse en consumidores compulsivos del mismo, a diferencia de la dependencia de nicotina, en la que la mayoría de las personas que fuman cigarrillos de manera regular consume 10 o más cigarrillos al día y fuman todos los días. Menos del 10% de los fumadores consume 5 cigarrillos al día o menos o lo hacen de manera intermitente, es decir fuman algunos días sí y otros no. Por tanto la proclividad de adicción a la nicotina es mucho mayor que la proclividad al alcohol.(4)

En cuanto al padre, presenta además un marcado patrón de conducta adictiva, con abuso de alcohol y dependencia a los juegos de apuestas o ludopatía, lo que es percibido dentro del ambiente familiar "como un vicio", constituyéndose por tanto en una conducta abiertamente adictiva. La ludopatía se presenta no sólo en lo que respecta al juego de cartas, sino que se extiende además al juego de billas. Si bien no es una condición de presentación muy frecuente en la pobla-

ción general, se ha observado una tendencia creciente de la ludopatía en la última década, con la irrupción de las máquinas tragamonedas, los videojuegos y el uso irrestricto del internet. Este trastorno se califica únicamente cuando cumple ciertos criterios diagnósticos específicos que implican un serio compromiso de la voluntad, evidenciado por un pobre control de impulsos (2).

El abuso de alcohol, a pesar de que el paciente lleva varios años de abstinencia, ha sido al igual que el consumo de nicotina, un problema que se ha repetido con similares características conductuales en ambos.

Comparten, pues, ambos pacientes la dependencia a alcohol y a nicotina, lo que puede verse favorecido por las condiciones genéticas de heredabilidad de padre a hija, tal como lo han venido demostrando diversos estudios clínicos (6). Cabría esperar, no obstante, que ésta condición se manifieste en el descendiente varón que sería según los estudios de los que se dispone, uno de los de mayor riesgo en desarrollar una dependencia alcohólica, no sólo por el hecho de ser varón sino además por el hecho de padecer una enfermedad psiquiátrica que se correlaciona en gran medida con el alcoholismo y que es un factor de riesgo para éste. (18,20) El hecho de que esta condición se dé únicamente en uno de los descendientes se explicaría entre otras cosas por el polimorfismo genético de la dependencia al alcohol.

En cuanto a la hija, inicia el consumo de marihuana a los 19 años, edad considerada como la de mayor riesgo (16), y extiende su necesidad de usar drogas al consumo moderado de psicofármacos sin prescripción médica. Los factores atribuibles al ambiente familiar no se traducen únicamente en el consumo compulsivo de sustancias sino también en la deno-

minada "necesidad de usar drogas", la misma que se ve incrementada en los casos en los que existe una severa disrupción, como en los casos de familias incompletas o de familias recompuestas y se relacionan además con el sexo del progenitor ausente, evidenciándose una necesidad mayor cuando el progenitor ausente es el padre, sobre todo en lo que respecta a las hijas (6). Podríamos deducir de ello que el hecho de tener a un padre adicto que en la vida cotidiana de la familia actúa como un padre ausente, podría ser uno de los factores que expliquen el patrón conductual de ésta paciente.

De los datos encontrados en ambas historias clínicas se puede inferir la existencia de coadicción paterna y materna, puesto que el padre a la par que es adicto cumple el rol de coadicto en relación a su hija. Por su lado la madre, también cumple la función de coadicta. Así, en la enfermedad adictiva que nos ocupa, se han encontrado los siguientes indicadores de coadicción familiar por parte de ambos padres: entorno familiar caótico, ausencia de control paterno sobre su hija, quien desarrollaba una vida extremadamente liberal, estilos de vida permisivos y complacientes, ausencia de autoridad de ambos padres, igualmente se evidenciaron mensajes contradictorios entre ambos padres y un patrón conductual que favorece al uso de drogas por la aceptación y tolerancia que éstas tienen dentro del núcleo familiar, tanto por los mensajes directos del padre como por los mensajes encubiertos de la madre, siendo además usadas como reforzadores positivos de la confianza entre el padre y la hija, lo que llevaría a perpetuar esta conducta de consumo de drogas. Es probable que los fenómenos psicopatológicos subyacentes a la coadicción sean el sentimiento de culpa y la inmadurez profunda de la personalidad en ambas figuras paternas.

En lo que respecta a la evolución de ambos

pacientes, se puede inferir que el pronóstico se ensombrece para ambos, debido a la sus-

pensión del tratamiento de parte del progenitor por factores extraterapéuticos.

◆ REFERENCIAS

- 1) CARBAJAL, C; BAZAN, E; ALMEIDA, M & GRIEBENOW, W. Lineamientos de un Programa de Prevención de la Farmacodependencia. Anales de Salud Mental, Vol. VI, No 1 y 2, 1990.
- 2) OMS : CIE-10 : Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. 1992.
- 3) DEVOR, E.; CLONINGER, C: Genetics of Alcoholism. Annu. Rev. Genetics, 1989; 23.
- 4) FIORE, M. Tendencias en el tabaquismo de cigarrillos en Estados Unidos: epidemiología del consumo del tabaco. Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 2, 1992.
- 5) FRANCES, R ; BUCKY, S ; ALEXOPOULOS, G : Outcome Study of Familial and Nonfamilial Alcoholism. Am. J. Psychiatry, Vol. 141, 1984.
- 6) JOHNSON, R ; HOFFMANN, J ; GERSTEIN, D : The Relationship Between Family Structure and Adolescent Substance Use. National Opinion Research Center. SAHMSA, Office of Applied Studies, Sept. 1996.
- 7) Mc. CLERAM, G : Sex Distinctives in Effective Genotype. Rec. Dev. Alcohol, Vol. 12, 1995.
- 8) MILLER, N ; GOLD, M ; BELKIN, B : Family history and diagnosis of alcohol dependence in cocaine dependence. Subs. Abuse, Vol. 10, 1990.
- 9) MILLER, N ; GOLD, M : Alcohol. Plenum Medical Book Company. New York, 1991.
- 10) NIDA : Prevalence of Substance Use in Adolescents. National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI), 1997.
- 11) NIZAMA-VALLADOLID, M. : Estudio Fenomenológico Descriptivo de 120 Pacientes Dependientes Especialmente a Pasta Básica de Cocaína. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis Doctoral. Anales de Salud Mental. Vol.7, 1991.
- 12) NIZAMA-VALLADOLID, M : Modelo Ecológico de Tratamiento de la Adicción. Anales de Salud Mental, Vol. 8, 1992.
- 13) NIZAMA-VALLADOLID, M : Problemática de la Dependencia de drogas : Un Enfoque Holístico. Acta Médica Peruana, Vol.16, 1992.
- 14) NIZAMA-VALLADOLID, M : La familia en la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de Adictos. Anales de Salud Mental, Vol. 8, 1995.
- 15) NIZAMA-VALLADOLID, M ; ANGELES, V ; CACHAY, C ; SAAVEDRA, A : Una Historia Clínica Semi-estructurada en Dependencia de Drogas. Anales de Salud Mental, Vol.6, 1990..

16) NIZAMA-VALLADOLID, M ; CACHAY, C ; SANEZ, Y ; LAVARELLO, H : Proyecto de un Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones. Revista de Neuro-Psiquiatría, Vol.57, 1994

17) NIZAMA - VALLADOLID, M ; ENRIQUEZ, M : Dependencia de múltiples sustancias en gemelos monocigotos. Anales de Salud Mental, Vol.12, 1996.

18) REGIER, D ; FARMER, D ; RAED, S : Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. JAMA, Vol. 264, 1990.

19) ROBINS, I ; HELZER, J ; WEISSMAN, H ; OVARSCHEL, H ; GRUENBERG, E : Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric

Disorders in Three Sites. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 41, 1984.

20) SAAVEDRA CASTILLO, A. Comorbilidad en alcoholismo: Monografía de Investigación. N° 5, INSM «HD-HN»; 52-111.

21) U.S. Department Of Health and Human Services: Reducing the health consequences of smoking: 25 years progress. DHHS Pub. N° (CDC) 89-8411, 1989.

22) U.S. Department Of Health and Human Services, Public Health Services, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease: A report of the Surgeon General, DHHS Pub. N° (CDC) 89-8411, 1989.

Dirección Postal : Av. Alameda Palao s/n, Lima
31