

## **EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPENDENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PERU**

*Por ALFREDO SAAVEDRA CASTILLO\**

### **RESUMEN**

*Se revisa la epidemiología de las dependencias a sustancias psicoactivas en el Perú a partir de los estudios epidemiológicos de campo, de determinados índices indirectos y de algunos estudios clínicos. Se encuentra que las drogas de mayor consumo en orden de frecuencia son: alcohol, tabaco, medicamentos autoadministrados, marihuana, PBC, clorhidrato de cocaína, inhalables y alucinógenos. La combinación de alcohol con otras sustancias ocurre entre el 85% y el 100% de los casos y la magnitud del problema aditivo arroja la cifra aproximada de un millón de alcohólicos en la población nacional, mientras que el impacto familiar bordea los 4 millones de habitantes. Se concluye que en general el consumo de drogas es mayor en varones que en mujeres, con excepción de los sedantes, hipnóticos y anfetaminas. La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas fluctúa entre los 11 y 13 años. Otros hallazgos analizados están referidos a los factores protectores, factores de riesgo, y a la comorbilidad psiquiátrica que se da aproximadamente en el 50% de los casos. Finalmente, se incide sobre los vacíos en la investigación: son notorias las deficiencias en los estudios de prevalencia del consumo/abuso de cafeína, de indagación del consumo de sustancias psicoactivas en la población geriátrica; e igualmente la ausencia y no uso de instrumentos de tamizaje más sensibles que atenuarían el problema del subreporte y permitirían mejores mediciones del abuso y dependencia.*

### **SUMMARY**

*The psychoactive substance use disorders in Peru is currently review including field epidemiological works and indirect data. The most frequently used drugs are: alcohol, nicotine, self medicated drugs, cannabis, coca derivatives, inhalants and*

\* Psiquiatra Asistente del INSM "HD-HN". Jefe del Modelo Biopsicosocial del Dpto. de Fármacodependencia del INSM "HD-HN".

*hallucinogens. The alcohol use is combined with other drugs in 85-100% of cases. It could be possible the existence of one million of alcoholics in Peru; and the familiar impact could affect 4 million persons. Men are more affected than women except on the use of sedatives, hypnotics and anfetamines. Age at onset of psychoactive drug use is 11-13 years. Risk and protective factors are commented. The psychiatric comorbidity is up to 50% of cases. Finally, it's pointed out the lack of investigations about caffeine consumption/abuse, drug abuse in the elderly, and more efficient field instruments for the detection of cases.*

PALABRAS - CLAVE: Sustancias psicoactivas, epidemiología.

KEY - WORDS: Psychoactive substances, epidemiology.

A partir de la década de los 70, el problema de la dependencia de drogas se ha incrementado notablemente en nuestro medio, y en la actualidad, gracias a la epidemiología y sus fuentes de referencia, se puede conocer de manera más integral la magnitud de este grave problema de salud pública.

La visualización del fenómeno del uso y dependencia de sustancias psicoactivas en el ámbito nacional ha sido facilitada de un lado, por fuentes que incluyen estudios comunitarios, clínicos, informes de la Policía Nacional y de las salas de emergencia, y de otro, por estudios epidemiológicos reportados en la literatura nacional. Con respecto a estos últimos, los más representativos recién se conocieron a partir de las dos últimas décadas; hasta entonces, los existentes eran aislados y circunscritos a ciertos grupos poblacionales ubicados en diferentes zonas del país (MARIÁTEGUI, 1978; FERRANDO, 1990).

Para la presente revisión se ha considerado aquellos estudios de campo caracterizados por una metodología epidemiológica convencional, cuyos diseños han incluido un muestreo aleatorio, multietápico y estratificado. Condiciones que, desde el punto de vista epide-

miológico, permiten una inferencia de los resultados hacia la población general. Estudios de este tipo a nivel urbano y nacional son los siguientes: CARBAJAL *et al.* en Lima Metropolitana (1980), JUTKOWITZ *et al.* (1987), FERRANDO (1990), LEÓN *et al.* (1989), y FERRANDO (1992a). Estos dos últimos representativos de todos los colegios secundarios diurnos. Finalmente, se tiene el estudio de adolescentes (15-24 años) de FERRANDO (1992b), realizado con muestra de cobertura nacional.

### ALCOHOL

En los últimos cincuenta años, el consumo de bebidas alcohólicas ha experimentado un incremento acelerado. Dicho aumento se ha dado sin guardar relación con el crecimiento de la población. Así, el año 1940 el consumo *per capita* expresado en alcohol absoluto fue de 2.96 lt, en 1970 de 7.22 lt y en 1980 de 7.65 lt. (CARBAJAL *et al.*, 1990).

Se ha estimado que en 1982 la población bebedora del Perú invirtió en su consumo 740 mil millones de soles, es decir cinco veces el presupuesto del Ministerio de Salud de entonces -142 mil millones- (CARBAJAL *et al.*, 1990).

En 1986, JUTKOWITZ *et al.* realizaron el primer estudio epidemiológico nacional sobre dependencia a sustancias psicoactivas. En relación al alcohol, sus hallazgos más importantes fueron:

a) La prevalencia de vida (PV) de consumo cambió con los años. Cuando ésta se expresó como "...consumo de alcohol por lo menos una vez en la vida de la persona" (PV1), se encontró que en Lima Metropolitana en el año 1979 (CARBAJAL *et al.*), para el grupo poblacional comprendido entre los 12 a 45 años, la PV marcó 40.2% y para 1986 ascendió a 90.3%. En provincias, para este mismo año, la PV de consumo alcanzó el 83.2%, y a nivel nacional (39 ciudades urbanas del país con más de 50,000 hab.), la cifra ascendió al 87.2%. En relación al sexo, a nivel nacional, la PV para varones fue del orden del 90.3% y en mujeres 84.0%.

b) Cuando se expresó la PV como "...consumo de alcohol por lo menos una vez por semana en el último año" (PV2), se encontró que a nivel nacional la cifra fue de 9.6%;15.6% para varones y 3.7% para mujeres.

c) Asimismo, cuando se indagó la PV como "...más de una embriaguez por semana" (PV3), los guarismos para los varones fueron de 4.4% y para mujeres 0.5%.

A continuación, FERRANDO (1990), en el año 1988 realizó el segundo estudio nacional, siguió la misma metodología de JUTKOWITZ *et al.*, y encontró lo siguiente:

- En Lima Metropolitana, una PV1 de 88.1%, y en provincias, una PV1 de 76.6%. La PV1 nacional fue 83.5%. Con respecto al sexo, los varones marcaron 88% y las mujeres 79.5%.

- A su vez, la PV2 para la población fue de 9.2%;15.6% en varones y de 3.2% en mujeres.

- La cifra de PV3 a nivel nacional fue de 2.9%, no se incluyó cifras según sexo.

En el año 1989, LEÓN *et al.* realizaron el primer estudio nacional en escolares de secundaria. Incluyeron establecimientos diurnos, públicos y privados. Obtuvieron los siguientes resultados:

-En colegios estatales limeños se encontró que la PV1 en varones ascendía de manera constante desde el 1ro de secundaria (33%) hasta el 5to de secundaria (84%). En las mujeres las cifras fluctuaron entre el 19% y 67% respectivamente. En los colegios particulares se encontró en los varones una PV1 del 19% para el 1er año de secundaria y 94% para el 5to. En las mujeres, las cifras variaron entre el 42% al 89% respectivamente.

En provincias (ciudades de más 20,000 hab.): En colegios estatales la PV1 en varones fue de 29% en 1ro de secundaria y de 79% en 5to, mientras que en las mujeres los guarismos fluctuaron entre el 17% y 49% respectivamente.

El segundo estudio escolar nacional (FERRANDO, 1992 b), también se hizo en estudiantes de secundaria, en horarios diurnos. La muestra estuvo constituida por una población de 10,221 alumnos, representativa de aproximadamente un millón 55 mil alumnos procedentes de 58 colegios de 16 ciudades de más de 20 mil habitantes cada una. Aquí se encontró que la edad de inicio de consumo de alcohol fue de 12 años en promedio, la PV1 fue de 51% y la prevalencia actual (consumo de alcohol en los últimos 30 días) fue del 28.4%.

En cuanto al tipo de alcohol consumido, los estudios epidemiológicos se-

ñalados anteriormente afirman que la cerveza es, en términos generales, la más consumida (54% a 77.8%). Siguen el vino, el "trago corto" y el whisky, todos ellos con cifras que están alrededor del 11.4% y 12%. Finalmente están el pisco, aguardiente y el ron con guarismos que van del 3.2% al 4.1%(sic). Es necesario señalar que, en el estudio de FERRANDO (1990) se hace alusión al consumo de "alcoholes no rectificadas que son sumamente tóxicos", conocidos en la re plana popular como "salta pa'tras", "racumín", "capitán", etc., cuyo consumo se reporta en el 4,4% de la población encuestada.

Como problema policial y legal, el alcoholismo es responsable de un promedio de 45,000 detenciones policiales al año. Asimismo, es causa del 17 al 35% de los accidentes de tránsito -50% de muertes ocurridas en las pistas de Lima el año 1983 tuvieron relación con algún estado de embriaguez- y de una cifra superior al 50% de las agresiones que reciben atención en los centros de primeros auxilios (CARBAJAL *et al.*, 1990). Por otro lado, la comisaría de mujeres del Ministerio de Justicia en sus cuatro años de funcionamiento desde 1988, revela que de todas las agresiones denunciadas, cerca del 30% de estas se hicieron por el cónyuge en estado de embriaguez (PNP, 1993).

Al abordar la adicción o dependencia al alcohol se observa que, si bien no existen estudios sistemáticos comunitarios nacionales que midan específicamente esta variable de dependencia según los criterios actuales (v.gr.DSM-III-R, ICD-10), se dispone de dos parámetros que nos pueden ayudar a tener un panorama de lo que sucede en la comunidad con respecto a la dependencia. El primero se refiere a algunos estudios circunscritos

a zonas determinadas de la población, en épocas en las que regía el ICD-9, dándose prevalencias variables de adicción. En las áreas urbanas está presente en el 2.68%; en los barrios marginales en un 18.6%; y en los grupos obreros y campesinos de la costa entre el 11% y el 15%. En la costa, las mujeres adictas al alcohol tienen al parecer escasa significación estadística y es probable que no lleguen al 3% del total (CARBAJAL *et al.*, 1990; MINOBE *et al.*, 1991).

De estos estudios cabe resaltar el de MARIÁTEGUI & SOGI realizado en 1985 en el distrito urbano marginal de Independencia en Lima, que constituye el primer estudio epidemiológico que hace uso de un instrumento que mide de manera muy específica datos de dependencia según el DSM-III. Ellos usaron el *DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE* (DIS), que es un instrumento epidemiológico altamente estructurado, elaborado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica y traducido al español por WHARTON & SOGI. En la población estudiada hallaron una PV de abuso/dependencia de 14.6%.

El segundo parámetro está relacionado a las investigaciones comunitarias mediante las denominadas pruebas de tamizaje (*screening*) actualmente más utilizadas para el alcoholismo debido a su elevada sensibilidad y especificidad comprobadas. En tal sentido resaltan el CAGE, MAST (Test de alcoholismo de Michigan), el EBBA (Escala Breve de Beber Anormal de ORIPINAS *et al.* (1991), en Chile) y el MALT (Test de Alcoholismo de Munich, Alemania), este último traducido y validado en nuestro medio por LOPEZ). Todas ellas revelan cómo los indicadores de alcoholismo han ampliado la conceptualización de la dependen-

cia a las consecuencias psicosociales (consumo problema) que a parámetros de tolerancia, abstinencia física o de cantidad de ingesta etílica. Tal aspecto ha sido refrendado también en las últimas clasificaciones del DSM-III-R (1987) y el ICD-10 (1992) con lo cual se ha logrado un mejor concepto de adicción etílica.

En los estudios reseñados, destacan las cifras encontradas por JUTKOWITZ *et al.* (1987) y FERRANDO (1990), de 25.5% y 9.3% respectivamente, en torno al consumo problema (en los últimos 12 meses) derivado de la ingesta inmoderada del alcohol, lo cual nos acerca de manera indirecta a las cifras propias de la dependencia al alcohol en nuestro medio. Considerando que la población peruana actual es de 22 millones (INE, 1993), se estima que los dependientes bordean el millón a millón doscientas mil personas, teniendo en cuenta que la inferencia de estos datos representa a la población entre 14 a 45 años. Si a ello se añade la información resultante de evaluar las muestras clínicas, estas nos revelan que el alcoholismo se encuentra presente entre el 50% y el 70% de las adicciones que acuden a los centros psiquiátricos especializados (SAAVEDRA CASTILLO, 1992; NIZAMA VALLADOLID, 1994) se puede concluir que a través de una correcta medición del alcoholismo, es factible conocer buena parte de la magnitud del problema adictivo en nuestra población.

En torno a las consecuencias psicosociales del alcoholismo, podemos seguir analizando los guarismos de los dos estudios nacionales: el de FERRANDO (1990) y el de JUTKOWITZ *et al.* (1987). Ellos encontraron que entre el 9.3% y el 25.5% reportaron haber tenido problemas en los últimos 12 meses como consecuencia del consumo de alcohol. Las ci-

fras que citamos a continuación nos permiten tener una idea del impacto del alcohol en las áreas biopsicosociales de las personas. Así tenemos que en los referidos estudios, entre los problemas que se citan, están las discusiones y dificultades familiares entre el 86% y 89.2% de los casos respectivamente; problemas o peleas con amistades entre el 89.2% y 91.8%; dificultades a nivel laboral/escuela del 77.3% al 87.5%; agresiones hacia otros entre el 85.0% y 88.7%; víctimas de agresiones de parte de otros entre 85% y 90.7%.

Junto a estos hallazgos están los de CARBAJAL *et al.* (1990) y de NIZAMA (1991) quienes señalan los problemas que se suscitan a nivel familiar como consecuencia del alcoholismo. Refieren que la adicción alcohólica del jefe del hogar, es causa de bajo rendimiento y ausentismo escolar de los hijos, así como de problemas de conducta e incluso delincuencia de parte de ellos. Además se menciona los diversos trastornos depresivos y emocionales en los familiares allegados, y se le cita como una de las causas más frecuentes de separaciones y divorcios, al igual que de la inestabilidad económica familiar.

Definitivamente, el impacto del alcoholismo en la familia suele ser devastador y hasta ahora no se ha prestado la debida atención a la población afectada. Se sabe a través del Instituto Nacional de Estadística que el promedio de miembros de la familia peruana es de 5 integrantes, por lo tanto el impacto familiar directo -si se considera la probable existencia de un millón de alcohólicos en el país- estaría sobre los 4 millones de peruanos; dato de extrema preocupación tanto para agentes de salud como para las políticas de salud pública nacional.

En relación a las salas de emergencias, existe el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Emergencias (RENAD) (MINISTERIO DE SALUD, 1990) cuyos primeros resultados revelaron un 5.2% de emergencias vinculadas a drogas procedentes de 7 instituciones de salud de Lima. En tal sentido, la mención más frecuente fue el alcohol con un 41%, seguido del tabaco con el 26% y la pasta básica de cocaína (PBC) y los tranquilizantes, cada uno con un 8%. Lo llamativo de tales hallazgos es la baja frecuencia registrada, si comparamos dicho hallazgos con prevalencias en otras latitudes como en Estados Unidos, donde las cifras fluctúan entre el 12% y el 36% de las emergencias (WALKER, 1983).

Al respecto, la interpretación puede darse en dos sentidos: de un lado que la población consumidora problema no busque las salas de emergencias como vía de resolver sus problemas agudos y ello por la presencia disuasiva de la policía en las salas de emergencia; del otro, los aspectos metodológicos; tal vez el uso de la denominada "semana epidemiológica" no sea la forma más adecuada de indagar la repercusión de las drogas a nivel público.

Es importante destacar la creciente asociación encontrada entre alcohol y drogas ilegales, especialmente con la PBC. Esta última constituye actualmente un problema de salud pública por la extensión y gravedad de su consumo. En relación al consumo combinado de drogas, FERRANDO (1992b) en un estudio nacional de adolescentes (15 a 24 años), encontró asociación de alcohol con: tabaco en el 93% de los casos; marihuana y PBC en el 100%; cocaína en el 98%; inhalantes en el 84% y hojas de coca en el 89%.

Las cifras en mención muestran lo involucrado que está el alcohol en el consumo de todas las sustancias psicoactivas conocidas en la actualidad.

### TABACO

Constituye la segunda droga de mayor consumo en el Perú. Empero, es un alcaloide al que a menudo no se le ha prestado la debida atención como problema de salud pública. Se sabe que el fumar cigarrillo constituye una de las pocas causas de muerte susceptible de ser prevenida en el mundo occidental; el tabaquismo es la dependencia silenciosa que provoca mayor mortalidad y contribuye con cerca de 1000 muertes por día en los Estados Unidos de Norteamérica (SHIFFMAN, 1988). Asimismo, tiene graves efectos en el plano personal/aspecto físico y su relación con las lesiones pulmonares cancerosas y como consumo pasivo, en el feto y la gestante fumadora. También son importantes sus implicancias en la economía personal y/o familiar, en una época de crisis económica que obliga a un cuidado extremo en el uso adecuado de la economía doméstica, que con mucha frecuencia apenas es suficiente para la subsistencia. En cuanto a su relación con las poblaciones psiquiátricas se sabe que entre el 40% y el 100% de estos pacientes presentan dependencia a la nicotina (COCORES, 1993).

De los estudios epidemiológicos más representativos, se conoce el de CARBAJAL *et al.* (1979), el de JUTKOWITZ *et al.* (1986), y el de FERRANDO (1990). El primero, realizado en Lima Metropolitana, reportó una PV de consumo de 47.9%, 62% para varones y 33% para mujeres. El segundo, de alcance nacional, encontró en Lima Metropolitana una

PV de consumo del 73.2% y en provincias de 60.1%; en la población nacional el guarismo fue de 67%; en cuanto al sexo, el consumo prevaleció en los varones en relación a las mujeres, con un porcentaje de 79.9% vs 54.7% respectivamente. En lo relativo al consumo "diario alguna vez en la vida" halló una PV nacional del 12.4% -varones 15.7% y mujeres 9%-. A nivel de estratos socioeconómicos alto, medio y bajo, las cifras fueron de 24.6%, 14.2% y 9.4% respectivamente.

El trabajo de FERRANDO, segundo estudio nacional de drogas, reportó una PV de consumo en Lima Metropolitana del 62.6%, en provincias la cifra alcanzó el 48.9% y a nivel nacional se obtuvo un 57.2% -para varones 73.5% y para mujeres 42.4%-. No se comunicó datos acerca del consumo diario o de prevalencia reciente.

Con respecto a estudios en la población escolar nacional se conoce el de LEÓN *et al.* en 1989. Efectuado en colegios diurnos secundarios a nivel nacional arrojó los siguientes resultados: en Lima, en los colegios estatales de varones las PVs fluctuaron entre el 27% en 1ro de secundaria y el 82% en 5to. En los colegios de mujeres las cifras fueron del 12% al 51% respectivamente. A nivel de colegios particulares limeños, en varones los guarismos fueron del 46% al 78% (1ro-5to secundaria). Con respecto a provincias, las cifras en colegios estatales fluctuaron entre el 23% y 79% en varones (1ro-5to secundaria) y en mujeres del 9% al 57% respectivamente.

En su segundo estudio escolar, FERRANDO (1992b), halló una PV de consumo de tabaco del 39% en escolares de 1ro a 5to de secundaria en el ámbito nacional, siendo la edad promedio de inicio de 12.5 años.

Cabe resaltar que para el tabaquismo no se tiene cifras nacionales acerca de la adicción y constituye un vacío en la investigación epidemiológica. Resaltamos que para evaluar dependencia en tabaco es necesario conocer no sólo el consumo diario, sino el número de cigarrillos por día y en especial el dato de consumo en las primeras horas del día que son los parámetros más sensibles de adicción tabáquica (COCORES, 1993).

### MEDICAMENTOS

Los medicamentos en general constituye el tercer gran grupo de drogas consumidas en el Perú. Han sido evaluados los tranquilizantes menores e hipnóticos, los analgésicos y derivados narcóticos, así como los estimulantes amfetamínicos.

En relación a los tranquilizantes menores e hipnóticos predominan las benzodiazepinas autoadministradas sin prescripción médica. Desde la perspectiva de los centros psiquiátricos, el grupo de mayor riesgo está representado en primer término por los pacientes con marcados síntomas ansiosos; estos pueden ser primarios como en los trastornos de ansiedad del tipo pánico y la ansiedad generalizada (DSM-III-R) o secundarios como en los trastornos afectivos -depresión mayor melancólica agitada y distimia- y los psicósomáticos. Resaltamos la distimia, frecuente en mujeres con marcada conflictiva conyugal crónica, y la ansiedad asociada a los trastornos psicósomáticos, verbigracia: úlcera péptica, asma y artritis reumatoide; condiciones prevalentes en los centros médicos generales donde fácilmente se prescriben las benzodiazepinas, sin el debido control o cuidado del riesgo de depen-

dencia. En segunda instancia, se encuentran los pacientes con problemas de insomnio severo, principalmente aquellos portadores de trastornos afectivos, psicóticos y ansiosos. Del mismo modo, el grupo geriátrico que presenta alta frecuencia de problemas del sueño, sea por fisiología normal o secundarios a problemas médicos o emocionales, tratados inadecuadamente (SAAVEDRA CASTILLO, 1989).

En torno a los estudios comunitarios se tienen los de CARBAJAL *et al.* en 1979, quienes encontraron en Lima Metropolitana una PV de consumo del 17.6%; de FERRANDO en 1988, quien halló una PV en Lima del 3.8% y en provincias un consumo del 4.3%, en el plano nacional la PV fue 4%. Con respecto al sexo, la PV de consumo para mujeres fue del 5.2%, mientras que en los varones fue de 2,7%.

Según el tipo de sedante hipnótico, FERRANDO (1991) encontró que la benzodiazepina más consumida fue el diazepam (36.7%) seguido del clobazam (Frisium®, Urdaban®) con el 19.2%, para luego referir el clorazepato dipotásico (Ansiopaz®) con el 13.6% y por último el lorazepam (Ativan®) con el 10,9%. En cuanto a los hipnóticos, el más consumido fue el triazolam (Somese®) con el 32.8%, seguido del nitrazepam (Mogadon®) 5%, luego el flunitrazepam (Rohypnol®) con el 4.2% y el midazolam (Dormonid®) con el 2.1%.

Respecto a los analgésicos narcóticos, predominan el propoxifeno (Darvon®), la meperidina (Demerol®, Petidina®) y la pentazocina (Sosegón®). La población en riesgo está representada por tres grupos: el primero corresponde a los pacientes con cuadros dolorosos crónicos secundarios a condiciones médicas

y particularmente en ancianos, entre quienes es frecuente la patología crónica múltiple (JENIKE, 1989); en segundo lugar se encuentran los dependientes a múltiples drogas medicamentosas, los mismos que inician su dependencia en el contexto social libre. El tercer lugar lo ocupan los facultativos sanitarios, especialmente los anestesiólogos, que por disponibilidad de anestésicos, son grupos en riesgo de este tipo de dependencia.

CARBAJAL *et al.* en 1979, encontraron un PV de consumo sin prescripción médica del 0.13%. JUTKOWITZ *et al.* (1986) en Lima Metropolitana halló una PV del 10.5%. En provincias, la PV fue de 9.1% y en el país la PV fue de 9.9%. Aspecto importante a señalar es que se encontró una diferencia en estratos socioeconómicos, marcando para el nivel alto, una PV del 14.3%, para el medio del 11.2% y para el bajo del 8.6%.

Los estimulantes están representados por los compuestos anfetamínicos. Su uso excesivo y dependencia se vincula a sus efectos: euforizante, anorexígeno y estimulante. Al respecto, la población más expuesta, merced a la acción anorexígena, son las mujeres cuyas profesiones demanda del cuidado de la línea estética, sean modelos, artistas, etc. Asimismo, adolescentes preocupadas por su imagen corporal, como reacción psicológica propia de esta etapa de la vida. En segundo lugar se encuentran los pacientes con trastornos de la alimentación en especial la bulimia nervosa, para controlar el apetito compulsivo. Por sus efectos estimulantes se encuentran los transportistas o estudiantes universitarios para evitar el sueño. Otro grupo de riesgo importante son los pacientes con trastornos de personalidad evitante (DSM-III-R), quienes debido a sus problemas de



timidez y de relación social hacen uso de las anfetaminas por sus efectos de locuacidad y euforia. Por último, se hallan los pacientes adictos con dependencia múltiple de sustancias, por sus efectos hedonísticos.

CARBAJAL *et al.* en 1979, encontraron una PV de consumo del 4.01% para Lima Metropolitana, siendo las cifras de 4.75% para las mujeres y de 3.04% para varones. JUTKOWITZ *et al.* para 1986, encontraron en Lima Metropolitana una PV de 4.7% y en provincias una PV de 2.3%, siendo la PV nacional del 3.7%. En relación al sexo, no se encontró diferencias respecto al consumo. Sin embargo, en los estratos socioeconómicos, si se halló diferencias. En el estrato alto la PV de consumo fue de 8%, a nivel medio del 4.8% y a nivel del 1.7%. Entre los estimulantes más consumidos se encuentran la anfetamina, la fenfluramina (Lipenan®), el dietilpropion (Tenuate dospan®), el metilfenidato (Ritalin®) y el Pondinil®.

Cabe resaltar que dentro de los estimulantes no han sido estudiados los denominados estimulantes simpático-miméticos del tipo de la efedrina, propanolamina y derivados; medicamentos que se encuentran distribuidos en diversos compuestos antigripales y que son utilizados por los adictos en dosis elevadas y con fines hedonísticos. Tales sustancias en Estados Unidos son conocidos como los *Look alike (cocaine)*, que se refiere a que son parecidos a la cocaína, y que son usados como sustitutos, ante la ausencia de cocaína o por limitación económica para conseguirla.

Por último, se emplean los "jarabes para la tos", en especial los que contienen codeína como principio activo antitusígeno. Su uso indiscriminado se vincula con grupos juveniles, que disfru-

tan sus efectos relajantes y la sensación de "anestesia emocional", forma ésta de evadir la realidad y los problemas personales. Del mismo modo, la aparición de la dependencia física, con el subsecuente síndrome de abstinencia, perpetúa su consumo y encadena al sujeto a la sustancia.

En los estudios comunitarios, JUTKOWITZ *et al.* incluyeron a los jarabes dentro de los sedantes, razón por lo cual no se tenía una idea clara de la frecuencia de su consumo. Por otro lado, FERRANDO, en 1988, informó de manera separada la PV con cifras que alcanzaron el 8.9% para Lima Metropolitana; 17.8% correspondió a provincias, y en la población nacional un 12.3%. La PV nacional en las mujeres fue de 13.4% y en varones del 11.4%. Entre los jarabes más citados están el Benzibron®, Bisolvon compuesto®, Codifarma®, Cedeina®, etc.

Otro grupo de medicamentos no estudiados epidemiológicamente y que se encuentra con cierta frecuencia en los establecimientos psiquiátricos son los antiparkinsonianos, en especial el trihexifenidilo y el biperideno. Ambos con marcados efectos euforizantes y de reconocida capacidad adictiva. Tales dependencias aparecen entre los pacientes esquizofrénicos, debido al uso de los neurolépticos de alta potencia que requieren de tales sustancias. Aquí los motivos de su uso se vinculan a dos aspectos: el primero debido a sus efectos antiparkinsonianos y de contrarrestar el retardo psicomotor inducido por el neuroléptico. El segundo por sus efectos como atenuantes de los síntomas psicóticos, en especial en pacientes con sintomatología refractaria.

Si se sabe que la incidencia de esquizofrenia en la población general es del 1%, la adicción a los antiparkinsonianos es una dependencia que amerita ser considerada en los estudios de campo.

### DROGAS ILEGALES

Entre las drogas ilegales en nuestro medio, tienen importancia epidemiológica la marihuana, la pasta básica de cocaína y por último el clorhidrato de cocaína.

Cabe señalar que los estudios epidemiológicos de campo acerca de estas sustancias, por lo general revelan cifras bastantes bajas. Ello en esencia, se debe al elevado índice de subreporte, por tratarse de drogas ilegales que de por sí generan una connotación negativa y de estigma social. Las encuestas en hogares consisten en visitas a domicilios, seleccionados mediante procedimientos aleatorios, y en variadas ocasiones con asesoramiento del Instituto Nacional de Estadística. Sin embargo, se indaga directamente al encuestado acerca del consumo de tales sustancias; hecho que por más que se asegure que la información es confidencial, la respuesta previsiblemente es la versión minimizada de la realidad y en el caso de los adictos, mayormente de negación del consumo, debido a la inconciencia de enfermedad.

En tal sentido, ya hay estudios que han confirmado este tipo de subreporte; especialmente en países escandinavos, donde se ha comparado la información revelada por los encuestados con los datos de los registros de salud de los casos detectados, demostrándose un desfase notorio, que en variadas ocasiones es más del 70% de lo reportado en las encuestas (HOLMBER,

1985). Es por ello que se recomendó duplicar o triplicar las cifras halladas en las encuestas con la finalidad de conocer con mayor precisión la prevalencia del consumo de tales sustancias psicoactivas.

### MARIHUANA

Constituye la droga ilegal de inicio más frecuentemente experimentada. Por lo general, viene a ser la antesala del consumo de drogas más nocivas y de mayor poder adictivo, como la PBC o el clorhidrato de cocaína. Es así que de las muestras clínicas más ampliamente estudiadas en nuestro medio hasta la actualidad, que abarcan un total de 1098 pacientes (NAVARRO, 1989; JERI, 1990; NIZAMA, 1991; SAAVEDRA CASTILLO, 1992), el 65.8% reportó haberse iniciado con la marihuana. Es de anotar que si se compara los primeros estudios con los últimos en especial el de SAAVEDRA CASTILLO (1992) la marihuana ha ido perdiendo terreno a favor de la PBC, siendo su prevalencia, en este último estudio, como droga de inicio en el 56% de los casos.

En relación a los estudios epidemiológicos, el estudio de CARBAJAL *et al.* en 1979, en Lima Metropolitana, halló una PV de consumo del 3.18%, siendo la PV para varones del 5.3% y para mujeres del 1.16%. Posteriormente, JUTKOWITZ *et al.* en 1986, encontraron en Lima Metropolitana una PV del 11.2%; en provincias el 4.7% y una PV nacional de 8.3%. Respecto al sexo, se encontró en varones una PV de 14.10% y en mujeres una PV de 1.80%. FERRANDO (1990) en 1988 halló que la PV de consumo decreció a 5.3%, siendo para varones de 9.7%, para mujeres de 1.3%; en Lima la PV fue de 6.2% y en provincias fue de 3.9%.

En el estudio de adolescentes (FERRANDO, 1992) en la población etárea de 15-24 años, la PV nacional de uso de marihuana alcanzó un 3.7%, con cifras urbanas del 3.9% y rurales del 0.7%. Respecto a los estratos socioeconómicos alto, medio y bajo, las cifras fueron de 5.5%, 5.0% y 2.9% respectivamente. A su vez, para varones la cifra nacional fue de 7.1% y para mujeres de 0.7%.

En relación a los estudios en población escolar, se tiene el de LEON *et al.* en colegios secundarios diurnos del país. En Lima Metropolitana, encontró en los colegios estatales una PV para varones del 1.9% al 7.4% (1ro a 5to de media); para mujeres las cifras fluctuaron entre 0.0% hasta 2.5%. En colegios particulares el consumo fue de 0.0% hasta 17.1%; en varones y en mujeres las cifras variaron del 1.0% al 4.4%, siempre entre 1ro a 5to de secundaria. Por último en provincias las cifras en colegios estatales fueron de 2.2% al 5.5% en los varones y de 0.0% al 2.1% en las mujeres. Cabe destacar que en el referido estudio no se brindó cifras de PV nacional.

El segundo estudio escolar efectuado en colegios secundarios diurnos encontró que la PV nacional de consumo de marihuana fue de 2.7%, siendo la edad promedio de inicio de 13.7 años (FERRANDO, 1992).

Es de notar que hasta la fecha no existen estudios comunitarios de dependencia a marihuana, vacío importante a considerar en futuras mediciones epidemiológicas.

## COCAINA

La cocaína (en especial la PBC y clorhidrato de cocaína) ha alcanzado niveles epidémicos no sólo en nuestro me-

dio, sino en vastas zonas de Norteamérica y Sudamérica (ARIFF, 1988). La cocaína, actualmente, debido al aumento de su producción y la consiguiente reducción de su precio en el mercado, la han puesto actualmente al alcance de gran número de nuevos usuarios, otrora considerada una droga inocua, la cocaína es reconocida actualmente como una de las drogas psicoactivas más poderosas.

## PASTA BASICA DE COCA

La PBC es el primer producto de extracción durante la elaboración de la cocaína. Se obtiene mezclando hojas de coca maceradas con ácido sulfúrico, kerosene o gasolina.

Desde el punto de vista bioquímico, se han descrito 4 tipos de Pasta Básica de Coca (LLOSA, 1994):

PCC-1: Pasta elaborada en laboratorios acreditados, con escasas impurezas y con un contenido aproximado de 70% de cocaína.

PCC-2: Pasta elaborada clandestinamente (serranía) con muchas impurezas y con un contenido no determinado de cocaína.

PCC-3: Pasta que es vendida a los usuarios al por menor y que corresponde a la PCC-2 adulterada con múltiples impurezas inorgánicas y orgánicas con la finalidad de aumentar su volumen y su peso para su venta.

PCC-4: Pasta de los adictos, que equivale a la PCC-2 o PCC-3 mezclada con tabaco o marihuana. Se sabe que cada uno de estos cigarrillos contiene un promedio de 95 mg. de cocaína y 4 mg. de nicotina. Además un adicto que fuma un promedio de 20 cigarrillos de PCC-4, consume un aproximado de 1.9 gr. de cocaína y 80 mg. de nicotina, pudiendo

llegar con 50 de estos cigarrillos a una dosis de 4.7 gm. de cocaína y 200 mg. de nicotina. De este análisis se desprende que la dependencia a la PBC es de tipo doble (cocaína y nicotina) y constituye una droga distinta al clorhidrato de cocaína.

El potencial adictivo de la PCC-4 es sumamente alto y la adicción puede establecerse luego de un par de semanas hasta unos meses, dependiendo de la dosis y frecuencia utilizada (ALMEIDA, 1978; NIZAMA, 1991; CASTRO DE LA MATA, 1989).

En cuanto a los estudios epidemiológicos más representativos, tenemos el de CARBAJAL *et al.* en Lima Metropolitana, en 1979, en población de 12 a 45 años. Tales autores hallaron una PV de consumo a nivel de Lima Metropolitana de 1.34%. La PV en varones fue del 2.47% y en mujeres del 0.27%. JUTKOWITZ *et al.* (1986) encontraron en Lima Metropolitana, en el mismo grupo poblacional, una PV de consumo (para varones y mujeres) del 5.2%. En provincias, la PV de consumo fue de 2.4%. La PV nacional fue de 4.0%.

Con respecto al sexo la PV de consumo nacional fue de 7.3% para varones y de 0.4% para mujeres. En relación a los estratos socioeconómicos, tales autores hallaron una PV de consumo de 5.5% para el nivel alto, del 5.4% para el medio, y del 3% para el nivel bajo.

Posteriormente FERRANDO (1990) encontró una PV nacional en población de 12 a 45 años de 2.8%. Para varones la cifra alcanzó el 5.7% y para mujeres el 0.1%. En Lima la cifra fue de 3.1% y en provincias fue de 1.5%. Por último en el estudio de adolescentes (15-24 años), FERRANDO (1992) encontró una PV nacional de 2.8%. Para varones fue del 2.2%, para mujeres del 0.3%. En el ámbi-

to urbano fue de 2.8% y en el ámbito rural fue de 0.8%, mientras que en Lima fue del 4.6%.

Con respecto a los estudios en escolares tenemos el de LEON *et al.* (1989), realizado en todo el ámbito nacional, abarcando colegios secundarios diurnos, en ciudades de más de 20,000 habitantes. Tales autores encontraron una PV de consumo en los colegios estatales de Lima que fluctuaba entre el 1.0% al 4.0% en los varones y de 0.4% a 1.7% en las mujeres.

Con respecto a los colegios particulares de Lima, las cifras para varones variaron entre 1.6% y 3.0% y para mujeres del 0% al 1.2%. En relación a los colegios estatales de provincias, los guarismos para varones fueron de 1.3% al 2.8%, y para mujeres del 0.0% al 1.2%. Aspecto a resaltar de estos hallazgos, es que no se encontró una distribución lineal de ascenso del consumo conforme se iba aumentando de año escolar como en las drogas sociales, aspecto que puede indicar subreporte por la tendencia al ocultamiento de la información.

El segundo estudio escolar nacional halló una PV de consumo de PBC del 1.3%, con un promedio de edad de inicio a los 12.8 años (FERRANDO, 1992b).

Con respecto a los efectos de la PBC, estos son diversos, evidenciándose en lo personal, severos trastornos del carácter, irritabilidad, agresividad, inversión de ciclo vigilia-sueño y descontrol de la conducta moral, robos en el hogar y en el escenario callejero, con el fin de obtener la sustancia; en el plano familiar, sería conflictiva conyugal, separaciones, maltrato tanto conyugal como con los hijos, irresponsabilidad económica, etc; y en ámbito social, aislamiento del grupo social sano, para ir circunscribiéndose al

círculo de amistades malsanas, grupos de consumidores, hasta las vinculaciones con grupos marginales delincuentes. (ALMEIDA, 1978, NIZAMA, 1991; NAVARRO, 1989; JERI, 1990).

### CLORHIDRATO DE COCAINA

El clorhidrato de cocaína (CHC), mayormente usado por las clases altas debido a su elevado costo, se obtiene del tratamiento de la PBC lavada con ácido clorhídrico. Se encuentra en el mercado ilícito con una pureza que fluctúa entre el 12% y 75%. Con frecuencia se diluye con azúcares, anestésicos locales como la procaína, anfetamina o cafeína (ARIFF, 1988).

El estudio epidemiológico de CARBAJAL *et al.* (1980) realizado en Lima Metropolitana halló una PV de consumo del 0.74%, la cifra para varones fue de 1.14% y para mujeres del 0.35%. JUTKOWITZ *et al.* en 1986, hallaron también para Lima Metropolitana un guarismo de 4% (para varones y mujeres). La PV en provincias fue del 0.9%, dando una PV nacional del 2.6%. Con respecto al sexo se tiene que la PV para varones ascendió hasta 4.2% y para mujeres 0.8%.

En relación a los estratos socioeconómicos se tiene que el consumo es mayor en el estrato alto dando una cifra de 6.8% para el alto, el 3.7% para el medio y el 1.2% para el bajo.

Posteriormente FERRANDO, en el segundo estudio nacional encuentra una PV de 1.3% en la población nacional. Para varones la cifra fue de 2.5% y para mujeres de 0.1%. En Lima el guarismo fue de 1.8% y en provincias fue de 0.5%. Por último en el estudio de adolescentes (15-24 años) de FERRANDO (1992), la cifra

para el CHC fue de 1.2%. En varones ascendió al 2.2%, en mujeres al 0.3%. En Lima la cifra alcanzó el 2.5% y en provincias fue de 0.5%. Con respecto a los estratos socioeconómicos alto, medio y bajo, los guarismos fueron de 1.4%, 1.6% y 0.9% respectivamente.

En el primer estudio efectuado en colegios secundarios diurnos del país, en ciudades de más de 20,000 habitantes, LEÓN *et al.* encontraron cifras que fluctuaban entre el 0% particularmente en colegios estatales y en mujeres, hasta el 5% en colegios particulares y en varones.

El segundo estudio nacional escolar secundario diurno encontró una PV de consumo de CHC del 0.7%, con promedio de edad de inicio a los 13 años. (FERRANDO, 1992b).

Con respecto a las consecuencias, el CHC debido a su preeminencia en estratos sociales altos, dista en cierto modo de la PBC en cuanto a su presentación clínica. Debido a la variable económica, es frecuente que en esta población no se observe inicialmente el serio deterioro laboral o moral que se da en los dependientes a la PBC, entre quienes debido a sus escasos recursos económicos, rápidamente tienen que iniciar conductas delictivas para mantener su consumo. Con adictos al CHC, muchas veces nos encontramos ante pacientes del área empresarial, profesional y gente adinerada, o en el caso de adolescentes o adultos jóvenes, a menudo se comprueba un asistencialismo parental excesivo con patrones de liberalidad marcados, que generan una disponibilidad de recursos suficientes para mantener su consumo sin llegar a conductas antisociales. Debido a ello, con el CHC es frecuente encontrar consecuencias más bien en el

ámbito familiar, donde los problemas del carácter, maltrato e irresponsabilidad económica son más probables. Del mismo modo, el ausentismo del hogar por consumo compulsivo de varias horas o de días; así como la mengua en el funcionamiento laboral/académico son notorios. Sin embargo, es importante anotar que en ocasiones la preservación del rendimiento laboral es notoria y ello muchas veces es utilizado como un elemento para la negación de la enfermedad. Asimismo, es importante añadir que otro factor diferencial es la menor velocidad de instalación de la adicción a CHC en relación a PBC.

Como se observará de los estudios epidemiológicos con respecto a la PBC y CHC hay un notorio incremento del consumo, desde finales de la década del 70 hasta medianos de los 80. Sin embargo, a pesar de las cifras divulgadas, consideramos que definitivamente revelan un gran subreporte. Si comparamos los guarismos de otras latitudes veremos más claramente lo referido. Por ejemplo, los estudios epidemiológicos en Alemania Federal, revelan que ellos tienen un consumo de cocaína del 7%; en Canadá para 1993, la PV de consumo en cocaína fue de 4.1% (ARIFF, 1988). Si a ello le añadimos que el cultivo actual de coca en el Perú asciende a 300,000 hectáreas, lo cual convierte al país en el primer productor mundial, y como tal, proveedor del 60% de la producción total de hoja de coca en el mundo, siendo los Estados Unidos de Norteamérica el país consumidor del 80% de la producción internacional de cocaína, evidentemente que para el Perú, las cifras son claramente bajas. Las connotaciones del estigma y la condición de ilegalidad, definitivamente generan un subestimado notorio en los

datos obtenidos mediante encuestas en hogares.

### INHALABLES

Con respecto a los inhalables en el Perú, las sustancias de mayor consumo son los pegamentos, las pinturas, esmaltes, así como la gasolina. Su consumo ha sido comunicado aisladamente desde inicios de la década del 80. La población de riesgo más relevante es la de los "niños de la calle". Un estudio reciente revela que en realidad se trata de cerca de 200 adolescentes en su mayoría varones, mayormente de 12 a 15 años, abandonados por la familia y en gran proporción por maltrato emocional y físico. Su distribución geográfica se concentra en 3 zonas de la ciudad: 1) El Cercado de Lima. 2) El parque Kennedy y otras calles aledañas en el distrito de Miraflores, y 3) Los alrededores del mercado de verduras y frutas de la ciudad, en la zona conocida como "La Parada", en el distrito de La Victoria. Este grupo presenta dos problemas: primero el abuso de inhalables y segundo el abandono social, con la consiguiente patoplastia del submundo de los marginados de la calle (ORDOÑEZ, 1992).

Con respecto a los estudios de campo, se tiene en primer término el de CARBAJAL *et al.* (1979) en Lima Metropolitana, en el cual no halló consumidor alguno en una muestra probabilística de la capital, en población entre los 12 a los 45 años. JUTKOWITZ *et al.* (1986) en Lima Metropolitana encontró una PV de consumo del 4.0%, en provincias el guarismo fue de 3.6%, dando una PV nacional del 3.6%. Los inhalables de mayor consumo fueron el "terokal" y otros pegamentos con el 41%, gasolina/kerosene

con el 27.3% y pintura con el 17.0%. En mucho menor escala se informó de otros inhalables como el thinner, lacas, etc. Evaluando las cifras con respecto al sexo se encontró que su consumo era mayor en varones con una PV del 3.7% a 3.0% en las mujeres.

En relación a los estudios escolares se conoce el de HUAMÁN *et al.* en 1983 en Lima Metropolitana y Callao, en una muestra de 50 colegios de instrucción diurna secundarios (1ro. a 5to.), hallando una PV de consumo en general del 0.2%.

Posteriormente LEÓN *et al.* en 1989 en un estudio escolar nacional, encontró lo siguiente: En los colegios particulares de Lima la PV de consumo de solventes volátiles fluctuó entre 1.58% al 10.75% para varones y para mujeres las cifras fueron entre 1.30% y 3.06%. En los colegios estatales de Lima, la PV de consumo fue de 1.42% a 4.22% en varones y de 0.98% a 3.79% en mujeres. A nivel de provincias las cifras en los colegios estatales fue de 1.89% a 4.60% para varones y de 0.14% a 3.31% para mujeres. En el último estudio nacional en colegios secundarios diurnos la PV de consumo de inhalables fue del 3.7% con un promedio de inicio a los 11.7 años (FERRANDO, 1992b).

### ALUCINOGENOS

Con respecto a los alucinógenos, su consumo está vinculado más a las prácticas folklóricas y no tanto a su consumo con fines hedonísticos.

Los estudios epidemiológicos son escasos y los más representativos son los de CARBAJAL *et al.* (1979) en Lima Metropolitana, en población de 12 a 45 años. Hallaron una PV de consumo del

0.36% (para hombres y mujeres). JUTKOWITZ *et al.*, 7 años más tarde (1987) encontraron en Lima Metropolitana una PV de consumo de 2.2%. En provincias, la PV fue del 3.9%. Analizando su distribución en el país se encontró que la selva fue la región de mayor consumo, con un guarismo del 11.3%, y en la costa norte del Perú, la cifra alcanzó un 4.7%, siendo los porcentajes mucho menores en el resto de zonas del país. Con respecto al sexo, los varones marcaron un mayor consumo con porcentajes que llegaron al 3.6%, mientras que para las mujeres, fue del 1.8%. Con respecto al tipo de alucinógeno de mayor prevalencia, éste fue el *Trichocereus pachanoi* (cactus del San Pedro) el cual se encontró en el 60.3%, siguiéndole la *Banisteria* (Ayahuasca) con el 26.8%, luego la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) con el 6.7%, la *Brugmasia alba* y *aurea* (Floripondio) con el 3.3% y en menor proporción otros alucinógenos.

Con respecto a los estudios en colegios, se tiene el estudio nacional de LEÓN *et al.*, en 1989, en los colegios secundarios diurnos. En Lima se encontró en los colegios estatales una PV para varones del 0.54% al 2.8%, y en mujeres del 0.42% al 1.64%, mientras que en los colegios particulares las cifras para los varones fueron de 0.53% a 5.14% y para las mujeres de 0.43% a 1.71%. En provincias la PV en los colegios estatales fue de 1.3% a 3.12% en varones y de 0.43% a 1.71% en mujeres.

### ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS Y FACTORES DE RIESGO

La epidemiología permite, a través de su metodología, no sólo conocer la magnitud aproximada de las dependencias, sino también facultar el conocer as-

pectos vinculados a los factores de riesgo asociados a la adicción. En tal sentido cabe poner de relieve dos estudios de FERRANDO en población adolescente (1991, 1992). El primero en población general (12-24 años) y el segundo en los colegios secundarios diurnos, también en el ámbito nacional. Los resultados más relevantes de ambos estudios se resumen en las siguientes líneas.

Según la condición migratoria, del 6% al 30.4% era migrante, y tenía trabajo entre el 28% y 36.3%. Por otro lado, el 20% de la población adolescente mostraba cierto grado de hacinamiento (1-2 habitaciones) con un promedio de 3-8 familiares en un 70-82% de los casos. En relación a la condición de orfandad, entre el 4% al 10% de esta población era huérfano de padre y entre el 2% y 6% lo era de madre. Adolescentes de padres separados constituyeron el 9.3%, siendo mayor en el estrato bajo que en el medio y alto, con porcentajes que fueron de 10.8%, 7.1% y 5.8% respectivamente. En torno al antecedente de padres fallecidos, el 14% de la población procedía de tal situación siendo mayor en el área rural con el 16.5% y el 14% en el área urbana. En cuanto a la condición socioeconómica, nuevamente el estrato bajo fue el más afectado con el 14.6%, le sigue el estrato medio con el 15% y por último el alto con el 2.7%.

En relación a la asistencia escolar el 36% de la población era desertora del colegio; desagregando en zona urbana y rural se encontró una no asistencia en 32% y 65% respectivamente.

De acuerdo a la situación familiar, se halló que el 23% de la población informó una relación de regular a mala con sus padres, siendo la relación más adversa en el ámbito urbano que en el rural con

24% y 10% respectivamente. En cuanto a la interacción específica entre padre y madre vs. adolescente se halló que entre el 28% y el 32% reportaron una relación regular a mala para con el padre y entre un 13% a un 21% para con la madre. Por último al preguntársele al adolescente ante que persona acudiría si tuviese un problema serio, el 18% reportó que lo haría con los amigos, el 15% con nadie y el 9% con otros.

Según la distribución del tiempo libre se encontró que entre el 6% y el 13.4% de la población manifestó pasar su tiempo con los amigos, el 9.3% informó pasar su tiempo libre a solas, mientras que el 10.5% y el 16% comunicó "escuchar música" como medio de pasar su tiempo libre.

De todos estos factores encontrados como elementos de riesgo de consumo de drogas, se halló que sólo algunos alcanzaron una relevancia estadística (FERRANDO, 1992). Entre ellos resaltan el ausentismo escolar, relación "regular" tanto con la madre como con el padre, padres separados, no vive con uno o ambos padres, no satisfecho consigo mismo, estudia y trabaja, y percepción que sus notas son malas.

#### *ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS Y FACTORES PROTECTORES*

Al respecto cabe destacar el estudio de FERRANDO (1992b) por ser el único que ha hecho un análisis estadístico de riesgos relativos, tanto de factores de riesgo como de factores protectores. En ese sentido, los factores protectores para el no consumo de drogas fueron: percepción de sus calificaciones escolares como buenas o excelentes, ante un problema serio acude a su madre o padre, buena



relación con el padre/madre, las personas más importantes en su vida son sus padres, ambos padres lo criaron cuando niño, vive con ambos padres, está satisfecho consigo mismo, no tiene facilidad para hablar en público, asiste todos los días al colegio y declara una religión no católica, entre los más relevantes.

### *COMORBILIDAD*

El problema de la comorbilidad en la dependencia a sustancias no ha sido investigada sistemáticamente, sino hasta fechas recientes. En el Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", se realizó un estudio de 139 casos de drogodependientes ambulatorios consecutivos (SAAVEDRA CASTILLO, 1992), hallando que 1 de cada 2 adictos padecía de un trastorno psiquiátrico asociado. Los diagnósticos (DSM-III-R) de mayor prevalencia fueron los trastornos perturbadores de la infancia con 24% (como antecedente por historia), los trastornos de personalidad con 10%, los trastornos de ansiedad con 9%, los trastornos afectivos depresivos con 9%, los trastornos psicóticos con 7%, y por último los trastornos orgánico-mentales con 4%.

En relación a la comorbilidad adictiva se encontró en el mencionado estudio que el alcoholismo se halla hasta en el 70% de todas las adicciones encontradas.

### *CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES*

1.- Los datos epidemiológicos descritos, revelan en primer término, que el consumo de sustancias psicoactivas en general ha crecido de manera no-

toria en los últimos años. Dentro de ellas, las de mayor preocupación lo constituyen el alcohol, el tabaco, los medicamentos autoadministrados sin prescripción médica, así como las drogas ilegales donde resaltan fundamentalmente la PBC y la cocaína, las cuales ahora constituyen un reto para las autoridades de salud, por las serias consecuencias de su consumo. También destaca la marihuana que aún sigue siendo la droga ilegal de inicio más consumida, y es el enlace para otras drogas de mayor poder adictivo.

2.- En relación a la magnitud del problema adictivo, se puede estimar algunas cifras preliminares en función de los estudios antes referidos que nos indican alrededor de 1 millón de alcohólicos en la población nacional. Si a ese le añadimos que en la familia peruana en términos promediales hay 5 integrantes, habría cerca de 4 millones de personas (familiares) que estarían sufriendo el impacto directo de tener a un adicto en su casa, lo cual es una cifra alarmante y que debe preocupar a los niveles más altos de decisión política gubernamental, con la finalidad de implementar políticas específicas relativas a la dependencia de drogas.

3.- Con respecto a los resultados, cabe señalar que definitivamente el consumo es mucho mayor en hombres que en mujeres, con excepción de los sedantes, hipnóticos y los estimulantes anfetamínicos en cuyo consumo se encontró una ligera predominancia en el sexo femenino.

4.- Respecto a la edad de inicio, se ha podido establecer a través de los estudios escolares nacionales que el inicio de consumo de drogas legales e ilegales fluctúan entre los 11 y los 13 años, por lo cual plantea la necesidad de políticas in-

tegrales de intervención a temprana edad en los contextos escolar y familiar.

5.- Otro aspecto destacable es la diferencia relativa al consumo según regiones en el Perú. Todas las drogas eran más consumidas en Lima que en provincias. La excepción la constituyen los jarabes para la tos, los analgésicos y los alucinógenos, los cuales eran más consumidos en provincias.

6.- Según el estrato socioeconómico, las drogas que se asocian con un mejor poder adquisitivo fueron el tabaco, la marihuana, el CHC y los medicamentos autoadministrados.

7.- Aspecto adicional a considerar es el consumo combinado de drogas, en especial la participación de alcohol, que fluctúa entre el 85% y el 100% con otras drogas. A su vez, la proporción de alcoholismo asociado a las demás dependencias ha alcanzado hasta cerca del 70% por lo cual el conocer bien la magnitud del alcoholismo posibilita tener un índice aproximado de la gran proporción de la adicción en el país.

8.- Otro aspecto importante a reseñar es el referido a la comorbilidad psiquiátrica, que según estudios iniciales y comparándolos con hallazgos internacionales, parecería indicar que la comorbilidad es una característica bastante frecuente en la dependencia, teniendo un promedio de 50% de comorbilidad, es decir que 1 de cada 2 adictos es portador de una patología psiquiátrica asociada. Es importante seguir investigando tal situación y ampliando las muestras clínicas, con la finalidad de precisar la prevalencia real.

9.- En lo relativo a los índices de adicción, es un área que falta desarrollar, puesto que la gran proporción de estudios están vinculados al consumo y no a

la dependencia. Los estudios nacionales se han referido sólo a índices de frecuencia de uso, lo cual no es un parámetro para medir adicción. Más bien, faltan instrumentos epidemiológicos que recopilen aspectos relacionados a la dependencia, como son: consecuencias, síntomas de abstinencia, tolerancia etc. En tal sentido se recomienda la introducción en los estudios nacionales de instrumentos que contengan criterios diagnósticos actualizados (v.gr. DSM-IV, ICD-10), así como instrumentos de tamizaje del tipo del CAGE o el EBBA.

10.- Con respecto a los grupos etáreos cabe resaltar que hay un grupo en el cual es menester hacer indagaciones acerca del consumo de drogas y es el grupo mayor de 45 años, en especial el grupo geronte. Al respecto hay estudios que indican que en esta población prevalece el problema de la automedicación, especialmente de benzodiazepínicos. Igualmente, el alcoholismo constituye un problema bastante serio en esta población y es también un vacío en la investigación epidemiológica peruana.

11.- Las drogas que aún no han sido medidas con alguna encuesta epidemiológica son: la cafeína, así como los simpaticomiméticos del tipo de la efedrina y fenilpropalonaamina, que son drogas ya reconocidas como estimulantes en el DSM-IV (1993), y el ICD-10 (1992). En tal sentido es importante recalcar, que con la cafeína, al igual que con el tabaco, es importante no sólo medir frecuencia de consumo diario, sino el número de tazas y tipo de café, con la finalidad de conocer aspectos específicos de dependencia.

12.- Respecto a los factores de riesgo, se les ha podido indagar a

través de los estudios epidemiológicos en adolescentes y en los estudios clínicos de muestras hospitalarias. En los estudios epidemiológicos, un factor con relevancia estadística fue el ausentismo escolar.

De los estudios clínicos, cabe mencionar el estudio en el INSM HD-HN en el que tienen prelación los trastornos perturbadores de la infancia (DSM-III-R), y los trastornos de

personalidad. Tales hallazgos ameritan ser investigados en muestras epidemiológicas más grandes, con la finalidad de certificar su participación como factor de riesgo.

13.- Otros factores a destacar son los protectores de no consumo entre los que resaltaron: la "percepción que sus calificaciones eran buenas o excelentes" y "ante un problema acuden a su madre o padre".

### RESUME

L'épidémiologie de l'addiction aux substances psychoactives au Pérou est révisée en partant des études épidémiologiques, de certains indexes indirectes et de quelques études cliniques. Les drogues les plus usées sont: l'alcool, le tabac, l'automédication, le cannabis, pâte basique de cocaïne, chlorhydrate de la cocaïne, les inhalations et les hallucinogènes. Entre le 85 et 100% des cas il y a une association de l'alcool et des autres substances. Nous avons 1 million d'alcooliques dans notre population. L'impacte familial est de 4 millions des individus. La consommation des drogues est plus importante chez l'homme que chez la femme, avec l'exception des sédatifs, hypnotiques et amphétamines. L'âge de début de consommation des drogues se trouve entre 11 et 13 ans. Nous trouvons dans 50% des cas une comorbidité psychiatrique. Les études épidémiologiques ont des nombreux aspects inconnus qu'il faudra remplir.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man hatte die Epidemiologie der Drogensuch in Perú untersucht. Die häufigsten Drogen in Perú sind: Cocain, Atmungsmittel und Halluzinogene. Der Verfasser behauptet, dass Perú eine Million Alkoholikern hat, und dass sich vier Millionen Bewohner in den Problem befinden. Es ist bekannt, dass mehr Männer als Frauen Drogen benutzen, es ist aber das Gegenteil bei Beruhigungsmitteln, Hypnotika und Anfetaminen.

### BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Third Edition Revised (DSM-III-R), APA, Washington D.C.- 2. ALMEIDA, M. (1978): "Contribución al estudio de la historia natural de la dependencia a la pasta básica de cocaína". *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 41: 44-55.- 3. ARIFF, A. (1988): *Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de cocaína*. OMS, Ginebra.- 4.

CARBAJAL, C., JERI, R., SÁNCHEZ, C. *et al.* (1980): "Estudio epidemiológico sobre uso de drogas en Lima". *Rev. de la Sanidad de las Fuerzas Policiales*, 41: 1-38.- 5. CASTRO DE LA MATA, R. (1989): "Aspectos farmacológicos de la pasta básica de cocaína." En: *Pasta Básica de Cocaína: un estudio multidisciplinario*. F. León, R. Castro De La Mata (Eds), CEDRO, Lima.- 6. COCORES, J. (1993): "Nicotine Dependence: diagnosis and treatment".

- En: *Recent Advances in Addictive Disorders. Psychiatric Clinic of North America*: 16, 1: 49-60.- 7. FERRANDO, D. (1990): *Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta en hogares, 1988*. Monografía de investigación N° 5, CEDRO, Lima.- 8. FERRANDO, D. (1992a): *Los jóvenes en el Perú. Opiniones, actitudes y valores. Encuesta nacional en hogares 1991*. Monografía N° 7, Cedro, Lima.- 9. FERRANDO, D. (1992b): *Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria. Encuesta Nacional 1992*. Ministerio de Educación, COPUID, Lima.- 10. HUAMÁN, J. TUEROS, M. VILLANUEVA, M. (1993): "Aspectos psicosociales relacionados con el uso de drogas en la adolescencia de Lima Metropolitana". Pontificia Universidad Católica del Perú, Manuscrito inédito, Lima.- 11. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1992): "Principales indicadores del sector vivienda según región política y departamento: 1990. En: *Perú: Compendio estadístico 1991-1992*, Lima, p. 542.- 12. JENIKE, M. (1989): "Alcohol and Drug Abuse in the elderly". En: *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology*, Year Book Medical Publishers: 310-338.- 13. JERÍ, F. PÉREZ, J. (1990): *Dependencia a la cocaína en el Perú. Observaciones en un grupo de 616 pacientes*. Monografía N° 4, CEDRO, Lima.- 14. JUTKOWITZ, J. ARELLANO, R. CASTRO DE LA MATA, R. et al (1987): *Uso y abuso de las drogas en el Perú: una investigación epidemiológica sobre drogas en el Perú urbano*. Monografía de Investigación N° 1, CEDRO, Lima.- 15. LEÓN, F., UGARRIZA, N. VILLANUEVA, M. (1989): "La iniciación y el uso regular de sustancias psicoactivas". Reporte técnico de Development Associates al Ministerio de Educación del Perú, Lima.- 16. LEÓN, F. (1989): "Epidemiología del uso y abuso de la Pasta Básica de Cocaína en el Perú." En: *Pasta Básica de Cocaína: Un estudio multidisciplinario*. F. León, R. Castro De La Mata (Eds), CEDRO, Lima.- 17. MARIÁTEGUI, J. (1978): "Epidemiología de la farmacodependencia en el Perú". *Rev. de Neuro-Psiquiatría*, 41: 25-43.- 18. MARIÁTEGUI, J. SOGI, C. (1985): "Investigación epidemiológica del alcoholismo. Un estudio de prevalencia en población urbano marginal (Independencia)". *Anales de Salud Mental* 1: 151-161.- 19. MINOBE, K., PERALES, A., SOGI, C. et al. (1990): "Prevalencia de vida de trastornos mentales en Independencia, Lima-Perú." *Anales de Salud Mental*, VI: 9-20.- 20. MINISTERIO DE SALUD (1990): "Sistema de registro de uso y abuso de alcohol y drogas (RENAD)," Convenio Perú-AID, Lima.- 21. NAVARRO, R. (1989): "Desarrollo de un programa de modificación de comportamiento dirigido a la rehabilitación de pacientes dependientes de drogas, tratamiento y seguimiento de 223 casos clínicos", *Psicoactiva* 6: 3-33.- 22. NIZAMA, M. (1991): "Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente de Pasta Básica de Cocaína", *Anales de Salud Mental* VII: 9-31.- 23. NIZAMA, M., VARGAS, D. (1994): "Demanda espontánea noviembre 1992-noviembre 1993 en el Departamento de Farmacodependencia", Comunicación preliminar del Modelo Ecológico del Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo; Noguchi, Lima.- 24. ORDÓÑEZ, D. MEJÍA, M. (1992): "Estructura y funcionamiento de familias con niños de la calle en Lima, Perú - Aplicación de una estrategia de reinserción". *Psicoactiva* 9: 31-92.- 25. ORPINAS, P., VALDÉS, M., PEMJEAN, A. et al. (1991): "Validación de una escala breve para la detección de beber anormal (E.B.B.A.)" En: *Temas de Salud Mental y atención primaria de Salud*. Florenzano, R. et al. (Eds). Facultad de Medicina, Universidad de Chile.- 26. SAAVEDRA CASTILLO, A. (1993): "Modelo Biopsicosocial para el afronte de pacientes farmacodependientes: experiencias iniciales". En: *Narcotráfico Internacional. Una respuesta Peruana*. OFECOD, Ministerio del Interior, Lima.- 27. SHIFFMAN, S. (1988): "Smoking Behavior: Behavioral Assessment." En: *Assessment of Addictive Behaviors*. D. Donovan & G. Marlatt (Eds), The Guilford Press: 139.- 28. TAPIA, N. ALARCON, R. (1986): "Farmacodependencia". En: *Psiquiatría*. G. Vidal R. Alarcón (Eds), Editorial Panamericana, Buenos Aires.- 29. WALKER, S. (1983): "Management of alcohol emergencies". En: *Psychiatric Emergencies*. S. Walker (Ed.), Lippincott Publishers, Philadelphia.- 30. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): *International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. ICD-10*. Geneve.- 31. LLOSA, T. (1994): "Chemistry and toxicology of coca pastes and coca paste cigarettes smoking" Clínica de las Adicciones Químicas, COCADI, Lima, Perú.