

# Estudio de hábitos tóxicos en Paraguay

**Hugo Míguez**

**María Cristina Pecci**

**Agustín Garrizosa**

---

Publicado en Acta Psiquiátrica y Psicológica de América latina.  
Vol. 38 (1), 19-29, 1992,.

Premio Acta 1991

## **Epidemiology of Alcohol Abuse and Drug Abuse in Paraguay**

Key words: Epidemiology - Prevalence - Abuse - Psychoactive substances

The result of a prevalence study on use - and abuse - of psychoactive substances, among a population aged 12 to 45 in Paraguay are presented. Presence of the depressive syndrome as well as attitudes and beliefs related to the use of psychoactive substances were also investigated. A bilingual questionnaire was drafted - i.e. a Spanish version and a Guaraní version due to the Paraguayans' bilingual characteristic - that yielded acceptable validity and reliability levels. A stratified random sample was applied, with a total of 2504 questionnaire filled out. Weighted data are young here as studied by sex, age - group, socio-economic level, and presence of the depressive syndrome.

Substance/alcohol use patterns were found out to be widely tolerant about abusing legal substances such as alcohol, tobacco, and psychotropic drugs. As regards illicit substances use, inhalants head the list followed by marijuana at a close range.

Palabras claves: Epidemiología - Prevalencia - Abuso - Sustancias psicoactivas

Se presentan los resultados de un estudio sobre prevalencia de uso y abuso de sustancias psicoactivas, en población de 12 a 45 años, en diez ciudades de la República del Paraguay. Asimismo, se investigó la presencia del síndrome depresivo y se exploraron creencias y actitudes de los jóvenes, de 12 a 24 años, vinculadas con el uso de sustancias psicoactivas. El cuestionario elaborado probó niveles de validez y confiabilidad aceptables (hubo una versión en castellano y otra en guaraní, dado el carácter bilingüe del pueblo paraguayo).

Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado; el número total de encuestas recolectadas fue de 2504. Se presenta aquí datos ponderados, analizados según composición por sexo, grupos de edad, nivel económico-social y presencia del síndrome depresivo. Se hallaron patrones de consumo asociados a amplios márgenes de tolerancia al abuso de sustancias legales, alcohol, tabaco y medicamentos psicotrópicos. En el caso de las sustancias ilegales, el consumo de inhalantes y de marihuana constituye el principal problema.

**Introducción.** Existe desde hace algunos años, dentro de la región sudamericana la preocupación por conocer la forma en que el abuso de sustancias psicoactivas afecta a la población en general. Las autoridades sanitarias y educativas del Paraguay destacaron en diferentes foros su interés por contar con un estudio epidemiológico de escala nacional respecto del consumo del alcohol y drogas, para sustentar una respuesta adecuada a un fenómeno tan diverso como complejo.

La Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en coordinación con el Comité Paraguay-Kansas, promovió la realización de una encuesta de hogares destinada a medir el uso y abuso de sustancias psicoactivas en las diez ciudades más pobladas del Paraguay, en población urbana de doce a cuarenta y cinco años de edad.

El examen de la información existente sobre este tema<sup>5</sup> destacó; a) Las estadísticas oficiales de enfermedades de notificación obligatoria registran un número muy bajo de consultas por farmacodependencia; b) No se contaba con datos oficiales sobre el consumo de alcohol y tabaco; c) No existían datos de estudios probabilísticos de alcance nacional referidos al uso de drogas en la población general, desconociéndose el tipo de abuso y adicción.

La realización de un estudio de prevalencia sobre estos temas se decidió teniendo presente que el consumo de sustancias tóxicas es un comportamiento no solo sujeto a la censura social sino, que, también puede implicar la transgresión de leyes o disposiciones, con la consiguiente dificultad para su estudio. Este obstáculo ha tratado de salvarse mediante el carácter anónimo de la encuesta, su realización en forma individual e independiente y la preparación de los encuestadores. Sin embargo se piensa que los datos obtenidos son estadísticas conservadoras del problema estudiado.

**Metodología.** El cuestionario fue diseñado para recoger información básica en cuatro áreas; a) síndrome depresivo; b) hábitos de uso y abuso; c) actitudes y conocimiento; d) información demográfica. La medición del síndrome depresivo se llevó a cabo con el Cuestionario de Síntomas (Self Reporting Questionnaire. SRQ) de la O.M.S.3. De acuerdo con los resultados del proceso de validación que se realizó con el instrumento, se adoptó el puntaje de ocho y más respuestas afirmativas como umbral de casos en depresión.

Respecto del consumo de sustancias psicoactivas se incluyeron: tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos (analgésicos, sedantes, hipnóticos, estimulantes) opiáceos, alucinógenos, marihuana, cocaína y sustancias inhalables.

En el caso de las sustancias psicoactivas lícitas fue necesario precisar los aspectos de frecuencia y cantidad para facilitar la operatividad de los conceptos de uso y abuso. En el caso de las bebidas alcohólicas se tomó como referencia la ingestión de 100 cc. de alcohol absoluto en una oportunidad, partiendo del concepto del total de calorías aportado a la dieta diaria por el alcohol<sup>9</sup>. Se aclararon los volúmenes diferentes que significaban de acuerdo con el tipo de bebida y se realizó un estudio para determinar las unidades de venta y sus nombres ("rayas", "cuartos") en los lugares de consumo así como las cantidades implicadas. Los indicadores del cuestionario fueron elaborados sobre la base de esta información en el caso de las bebidas y del resto de las sustancias con medidas no estandarizadas.

En el caso de productos farmacéuticos se consideró su uso bajo prescripción médica y fuera de la misma. En cada grupo de psicotrópicos (sedantes, hipnóticos, etc.) se hicieron listas con sus nombres comerciales, las que fueron incorporadas al cuestionario con el auxilio de tarjetas complementarias que el entrevistado podía revisar para ubicar de acuerdo con su experiencia, la sustancia utilizada con o sin prescripción.

Para todas las sustancias investigadas se indagó la prevalencia del consumo alguna vez en la vida, en los últimos doce meses, y en los últimos treinta días.

Asimismo, en cada sustancia se exploró el tema de la dependencia y sus consecuencias: en el caso del alcohol, por las preguntas del CAGE<sup>10</sup> y, en el resto de las sustancias, por una selección de preguntas elaboradas sobre la base de los criterios diagnósticos del DSM-III-R<sup>2</sup>.

Dentro del capítulo correspondiente a la información demográfica se le dio especial importancia a la clasificación económico-social con vistas al estudio de la distribución de prevalencia por sector social. La clasificación se realizó a partir de la ubicación ocupacional del jefe de familia y su nivel educativo.

Una vez redactado el cuestionario se procedió a elaborar una versión del mismo en idioma guaraní dado que la población paraguaya tiene una cultura auténticamente bilingüe y combina, en la conservación corriente, palabras y construcciones del guaraní con el español (mezcla conocida como "yopará"). La traducción al guaraní fue realizada por un experto en educación popular. A efectos de validar esta versión se realizó una segunda traducción del guaraní al español por otro especialista, para detectar y ajustar los cambios que pudieran haberse introducido en los indicadores, como resultado del cambio de lengua. La versión final en guaraní se incorporó, junto con el instructivo correspondiente, para ser utilizada por los encuestadores (bilingües) en aquellos casos donde la comunicación se requiriera o simplemente se facilitara con el uso del guaraní.

**Validez y confiabilidad:** antes de iniciar la recolección de datos se probó la validez del cuestionario respecto de la medición del síndrome depresivo, el abuso del alcohol y el abuso de otras sustancias psicoactivas (medicamentos y drogas ilícitas). Para ello se eligió una muestra no aleatoria de cincuenta y dos hombres y mujeres de niveles económico sociales diferentes. Algunos, pacientes internados en servicios (públicos y privados) de clínica general, otros de consulta externa y otros pertenecientes a grupos de auto-ayuda o de instituciones de rehabilitación<sup>12</sup>. Fueron entrevistados de manera independiente por un médico psiquiatra o un psicólogo clínico y, luego, por un encuestador adiestrado para ese propósito. Para la evaluación clínica y con el fin de reducir la variabilidad asociada al uso de sistemas clasificatorios diferentes, se incorporó un listado breve de los criterios del DSM-III-R. Los valores de sensibilidad y de especificidad fueron:

Síndrome depresivo: S = 89,4%, E = 90,9%.

Abuso de alcohol: S = 89,4, E = 84,8.

Abuso de medicamentos: S = 100,0%, E = 90,5%. Abuso sust. ilícitas S = 89,8%, E 97,6%.

Para estudiar la confiabilidad, se aplicó el cuestionario en una segunda oportunidad y se midió el grado de acuerdo mediante el coeficiente Kappa.

Sus valores fueron: 0,77 para síndrome depresivo; 0,82 para uso de alcohol y 0,75 para abuso de otras sustancias.

**Diseño muestral:** se definió como universo de este estudio todas las personas, con edades entre 12 y 45 años, que habitaban en viviendas particulares en las zonas más urbanas del país. Se seleccionaron las localidades con más de veinte mil habitantes: Asunción metropolitana (1.044.109 hab.), Ciudad del Este (101.727), Pedro Juan Caballero (52.598), Encarnación (41.303), Concepción (30.531), Caaguazú (30.262), Pte. Franco (27.369), Villarica (25.577), Cnel. Oviedo (23.574), Hernandarias (20.053). Se tomó como marco muestral el conjunto de planos de las localidades que fueron facilitados por la Dirección General de Estadísticas y Censos, los que habían sido confeccionados a partir de la cartografía utilizada en el Censo de 1982, actualizado con información de la Administración Nacional de Electricidad. Se estimó la representatividad de los planos disponibles superior al 95%. Como diseño muestral se adoptó un muestreo aleatorio estratificado desproporcional y por conglomerado con distinto esquema muestral en cada estrato. Estos fueron: Estrato 1, Asunción metropolitana. Estrato 2, el resto de las ciudades. Se estimó un tamaño muestral de 700 entrevistas para Asunción metropolitana y 200 para cada una de las ciudades restantes. Con esta distribución se logró una sub-representación del Estrato 1 y una sobre-representación del Estrato 2. La razón de esta distribución fue la pequeñez de alguna de las prevalencias esperadas (menores del 1%) que con muestras más chicas de población podrían no detectarse. Para ajustar los efectos de sub y sobre-representación introducido se aplicaron ponderaciones que se expandían a las familias, la vivienda, la manzana y al conglomerado. El Estrato 1 abarcó 32 conglomerados y el Estrato

2, 17. En cada conglomerado se eligió una cantidad de manzanas proporcional al número total que contenía; la selección fue aleatoria y sistemática. En cada manzana se seleccionaron al azar dos viviendas; en cada una de ellas se eligió también al azar una familia y, dentro de ésta se encuestó a una sola persona, con edad entre los 12 y 45 años, elegidas según el método de cumpleaños más próximo a la encuesta. Para calcular los intervalos de confianza se consideró la aproximación a la binomial a través de la normal utilizándose para el cálculo de los límites superior e inferior la fórmula:

$P \pm Z a \sqrt{\frac{P(100-p)}{N}}$  95% de confianza,  $Z a = 1,96/99\%$  de confianza,

$N - 1 Z a = 2,575$

**Trabajo de campo:** Se inició a principios de abril de 1991 con la capacitación de encuestadores y la aplicación de 93 encuestas en el estudio piloto en Asunción, Cnel. Oviedo y Villarica. El trabajo de campo definitivo se inició el 6 de mayo en Asunción y culminó once días después en la ciudad de Concepción. Trabajaron 14 encuestadores, 2 supervisores y un jefe de trabajo de campo.

**Resultados.** El total de entrevistas completas fue de 2,484 con una tasa global de éxito del 92,3%. La proporción de rechazos alcanzó a 1,2%; éstos no fueron sustituidos.

Los datos que se presentan en cuadro 1 constituyen el perfil demográfico social de la muestra.

La estructura por edades de la distribución muestral tiene un perfil bastante aproximado a la resultante de la estimación obtenida para 1988, por interpolación lineal, de los datos del Censo de 1982, entre 1985 y 1990.

Respecto de la presencia de trastornos depresivos en la población urbana, entre los 12 y 45 años, el 21% clasificó como probable "caso", de acuerdo con la definición previamente estipulada de ocho y más respuestas afirmativas a las veinte preguntas del SRQ.

**Cuadro 1.** Distribución de la muestra de población urbana con edades entre los 12 y 45 años, según sexo. (Datos ponderados). Paraguay, 1991.

Grupo de edad	Valor poblacional	Total %	Varones		Mujeres	
			Valor poblacional	%	Valor poblacional	%
12-14 años	98830	12,0	40688	13,0	58141	11,6
15-19 años	176922	21,4	77409	24,7	99513	19,8
20-24 años	135269	16,4	52520	16,8	82748	16,5



Sedantes -UFPM-	5,7	2,7	2,3	0,1	1,1	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	
Hipnóticos -UFPM-	1,4	0,9	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	
Estimulantes -UFPM-	4,6	2,1	1,9	0,6	1,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,4	
Opiáceos	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alucinógenos	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marihuana	1,4	0,3	-	0,4	0,1	0,2	0,2	0,3	0,1	0,5	0,1
Inhalables	1,9	1,1	1,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
Cocaína	0,3	-	-	0,1	-	-	-	-	-	0,1	-

(a) UFPM = Fuera de prescripción médica.

**Cuadro 4.** Prevalencia de abuso de alcohol y consumo de tabaco en la vida, y trastornos asociados en población urbana de 12 a 45 años. Porcentajes ponderados. Paraguay, 1991. (Base: 825.149)

Tabaco	PREVALENCIA				TRASTORNOS			CONSULTA MEDICA
	uso	ocasional	regular en el pasado	regular actual	inc. de abstenerse	prob. de salud	percep. de salud	consulta médica
	32,4	13,2	5,5	13,5	11,0	3,4	13,6	1,5

Alcohol	PREVALENCIA				TRASTORNOS			CONSULTA MEDICA
	uso	Abuso	Percep. de abuso	Perc. abuso por otros	inc. de abstenerse	Dificult. trab./est.	Peleas y sanciones	consulta médica
	79,5	35,6	9,0	10,7	4,1	2,9	2,6	0,6

Los medicamentos analgésicos de consumo más extendidos, como aspirinas y similares, presentaron una prevalencia de 70,6% en la vida (sólo superada por la de las bebidas alcohólicas) y de 48,5% en los últimos 30 días. El resto de los analgésicos consumidos fuera de prescripción médica, varió entre el 24,2% de prevalencia en la vida, al 12,3% en el último mes. Se observan diversos trastornos asociados al uso de estas sustancias, como el aumento de la dosis para obtener el mismo efecto o dificultades para suspender el consumo. El grupo de analgésicos incluyó las tasas más elevadas y la expresión más intensa de los trastornos asociados a la dependencia de éstos.

Entre los medicamentos, los grupos más comúnmente identificados por sus propiedades psicoactivas son sedantes, hipnóticos y estimulantes. Los sedantes y estimulantes usados sin indicación médica tuvieron la mayor prevalencia siendo las referencias a trastornos más frecuentes en los primeros.

En el grupo de sustancias ilícitas la prevalencia más alta fue alcanzada por las sustancias inhalables, con 1,9% de personas que manifestó haber inhalado alguna vez con el propósito de experimentar sus efectos. Las prevalencias en el último mes y en el último año tuvieron escasa representación para las sustancias ilícitas, con excepción de los inhalables. La marihuana, con el 1,4% de prevalencia, tiene una de las mayores frecuencias de trastornos vinculados a la dependencia.

El uso de cocaína alguna vez en la vida llega al 0,3%; luego sigue el de opiáceos con el 0,2% y el de alucinógenos con el 0,1%.

El uso de bebidas alcohólicas llega casi al 80%; el abuso (más de 100 cc. alcohol absoluto en una oportunidad) afecta al 35,6% de la población de 12 a 45 años. Junto al hábito de fumar, que abarca el 32,4% de prevalencia de consumo en la vida, el abuso de bebidas alcohólicas tiene importantes trastornos asociados a la dependencia, que puede estimarse en un porcentaje próximo al 4%. Es notable la relación entre la propia percepción del abuso y el contraste con la escasa consulta médica: la consulta por abuso de alcohol llega al 0,6% y, por el abuso de tabaco, al 1,6%.

El cuadro 5 expresa, para diferentes lapsos, el abuso en alguna de las sustancias que componen el grupo de medicamentos con UFPM (sedantes y/o hipnóticos y/o estimulantes) de drogas (marihuana y/o cocaína y/o alucinógenos y/o inhalantes), bebidas alcohólicas.

En términos poblacionales y ajustados al menor lapso, puede estimarse que, en el mes de abril de 1991, aproximadamente 34.000 personas de 12 a 45 años tomaron algún medicamento psicotrópico sin indicación médica y cerca de 12.000 individuos habían consumido alguna droga ilícita en alguna de las áreas urbanas estudiadas.

Para el mismo grupo de población, y en esos últimos treinta días, casi tres de cada diez personas habían abusado del alcohol (cerveza y/o vino y/o destilados).

Las conductas de abuso de alcohol están significativamente más presentes en los varones. Su frecuencia a partir de los 18 años de edad se incrementa casi cuatro veces; el de medicamentos psicotrópicos se duplica después de los 17 años para descender a partir de los 30 años junto con el consumo de drogas ilícitas.

Entre las mujeres el consumo de medicamentos psicotrópicos UFPM se cuadruplica después de los 17 años. El abuso de alcohol aumenta casi tres veces después de los 17 años. En las mujeres, el consumo de drogas ilícitas disminuía conforme aumentaba la edad de las entrevistadas.

**Cuadro 5.** Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en la población urbana con edades entre los 12 y 45 años. (Datos ponderados) Paraguay, 1991.

Abuso	Medicamentos psicotrópicos. UFPM		Drogas ilícitas		Abuso de bebidas alcohólicas	
	Número	%	Número	%	Número	%
Alguna vez en la vida	85.413	10,3	30.685	3,7	293.560	35,6
Ultimos doce meses	51.578	6,2	16.117	1,9	261.038	31,6
Ultimos treinta días	34.246	4,1	11.692	1,4	212.773	25,8
(Base)	(825.149)		(825.149)		(825.149)	

**Cuadro 6.** Prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en la población de 12 a 45 años, según sexo y grupos de edad. (Datos ponderados). Paraguay, 1991.

Grupos de sustancias	Varones			Mujeres		
	12-17	18-19	30-45	12-17	18-19	30-45
Bebidas alcohólicas	16,9	66,3	69,0	8,3	22,4	21,8
Medicamentos psicotrópicos UFPM	3,7	8,8	5,7	2,6	9,9	8,0
Drogas ilícitas	2,5	2,7	1,2	2,7	1,4	1,8
(Base)	(89.942)	(127.301)	(95.677)	(113.545)	(201.990)	(186.673)

Respecto de la distribución de la prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas, según el nivel económico-social, entre los varones no se notaron diferencias significativas con un aumento notorio del abuso de bebidas alcohólicas en los sectores medios y de medicamentos psicotrópicos UFPM y drogas ilícitas en los bajos.

**Cuadro 7.** Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en la población urbana de 12 a 45 años según sexo y nivel económico-social.

(Datos ponderados) Paraguay. 1991.

Grupo de sustancias	Varones nivel socio-económico			Mujeres nivel socio-económico		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Bebidas alcohólicas	52,0	49,1	56,0	17,8	26,1	15,1
Medicamentos psicotrópicos	6,7	4,4	5,8	6,3	5,8	7,6
Drogas ilícitas	2,7	1,2	2,6	0,6	1,5	2,7

(base)	(73.240)	(96.945)	(142.736)	(113.563)	(148.914)	(239.731)
--------	----------	----------	-----------	-----------	-----------	-----------

**Cuadro 8.** Prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas en los últimos doce meses en la población urbana de 12 a 45 años según sexo y síndrome depresivo.

(Datos ponderados) Paraguay. 1991.

Grupo de sustancias	Varones Síndrome depresivo			Mujeres Síndrome depresivo		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Bebidas alcohólicas	63,0	51,8	52,9	20,6	18,3	18,9
Medicamentos psicotrópicos	15,9	4,4	5,5	7,9	6,3	6,8
Drogas ilícitas	6,3	1,7	2,2	4,7	0,7	1,8
(base)	(31.383)	(281.538)	(312.921)	(142.047)	(360.161)	(502.208)

Los varones con síndrome depresivo abusan casi cuatro veces más de los medicamentos psicotrópicos que los varones sin depresión. A su vez, lo hacen dos veces más que las mujeres en su misma situación.

Es también significativa la diferencia en el uso de drogas ilícitas; cuando hay un síndrome depresivo, la frecuencia de abuso de estas sustancias se incrementa.

La prevalencia de consumo de tabaco en forma regular fue claramente superior entre los varones.

**Cuadro 9.** Prevalencia de consumo regular de tabaco en la población urbana con edades entre los 12 y 45 años según sexo y grupo de edad. Datos ponderados. Paraguay. 1991.

Edad	Total	Varones	Mujeres
12-17 años	0,3	0,4	0,3
18-29 años	5,9	11,1	2,7
30-45 años	7,3	13,1	3,8
(base)	(825.149)	(321.921)	(502.208)

El consumo diario de cigarrillos, cercano a los veinte o más, durante los últimos treinta días anteriores a la entrevista abarca una proporción de población, de 12 a 45 años, próxima a las 45.000 personas, predominantemente varones con más de dieciocho años.

**Cuadro 10.** Prevalencia de fumadores de veinte y más cigarrillos por día en el último mes, en la población urbana con edades entre los 12 y 45 años según sexo y grupo de edad. Datos ponderados. Paraguay, 1991.

Edad	Total	Varones	Mujeres
12-17 años	.....	0,1	.....
18-29 años	2,2	4,7	0,7
30-45 años	3,1	6,1	1,3
(base)	(825.149)	(312.921)	(502.208)

Entre los varones, el consumo de tabaco en forma regular es dos veces más frecuente en el estrato bajo y, entre los que durante el último mes fumaban cerca de veinte cigarrillos por día, la frecuencia del síndrome depresivo era dos veces mayor. Entre las mujeres no se observó este último rasgo.

La encuesta consideró, junto con la medición del comportamiento del consumo, una evaluación de creencias y actitudes vinculadas al uso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes de 12 a 24 años. Con tal fin, se le presentó a este grupo diferentes sentencias de contenido valorativo sobre las cuales debían manifestar su acuerdo o desacuerdo. Vamos a referirnos a los enunciados que puedan enunciarse en las siguientes categorías: a) formas de resolver problemas, y b) uso de sustancias psicoactivas.

**Cuadro 11.** Opiniones de jóvenes con edades entre los 12 y 24 años ante sentencias valorativas sobre resolución de problemas, según sexo. Población urbana. (en %). Paraguay, 1991.

(Varones: 170.617. Mujeres: 240.402)

Sentencias	Opinión de los entrevistados			
		De acuerdo	En desacuerdo	No sabe
Cuando uno está en problemas, lo mejor es ignorarlos	Total	32,2	63,9	3,9
	Varones	35,9	61,8	2,3
	Mujeres	29,5	65,0	5,0
No hay nada más importante que vivir el presente sin preocupaciones	Total	56,2	40,6	3,1
	Varones	52,9	43,6	3,4
	Mujeres	58,6	38,5	2,9
Para disfrutar de la vida siempre es necesario ignorar alguna prohibición	Total	29,1	63,2	7,8
	Varones	34,0	58,4	7,6
	Mujeres	25,6	66,6	7,9

Aproximadamente un tercio de los jóvenes está de acuerdo con enunciados que se orientan hacia la negación o escape de los problemas. La ignorancia del problema y la transgresión, como condición del disfrutar, está más acentuada en el varón. Más de la mitad de los jóvenes de ambos sexos adhiere a una idea que da primacía al presente libre de preocupaciones sobre cualquier otra cosa. En este caso son las mujeres las que alcanzan el porcentual de respuestas de acuerdo más alto, el 58,6%.

**Cuadro 12.** Opiniones de jóvenes con edades entre los 12 y 24 años ante sentencias valorativas sobre el uso de sustancias psicoactivas, según sexo. Población urbana. (en %). Paraguay, 1991.

(Varones: 170.617. Mujeres: 240.402)

	Opinión de los entrevistados			
		De acuerdo	En desacuerdo	No sabe
Es normal que los muchachos se aburran en una fiesta si no hay cerveza	Total	56,8	33,6	9,6
	Varones	52,3	36,8	10,9
	Mujeres	60,0	31,4	8,6
Las mujeres acostumbran a tomar pastillas para los nervios	Total	34,9	33,5	31,6
	Varones	30,6	23,3	46,1
	Mujeres	37,9	40,7	21,3
Es normal que la mayoría de los jóvenes alguna vez en su vida haya probado la marihuana	Total	21,2	63,6	15,1
	Varones	16,4	67,1	16,6
	Mujeres	24,7	61,2	14,1
Probar marihuana una o dos veces no produce un gran riesgo	Total	24,5	55,2	20,3
	Varones	22,8	64,5	12,7
	Mujeres	25,7	48,6	25,7
El uso de cocaína como diversión no es dañino si se hace con suficiente cuidado	Total	19,6	58,5	21,9
	Varones	21,0	63,2	15,8
	Mujeres	18,7	55,1	26,2

Más de la mitad está de acuerdo en aceptar el aburrimiento como hecho esperable si no hay cerveza en una fiesta de jóvenes. Sólo un tercio rechaza la idea.

Otro tercio acepta como costumbre que la mujer "tome pastillas para los nervios"; el resto se distribuye en partes semejantes entre el desacuerdo y el desconocer el tema. Un 20% está de acuerdo en aceptar como hecho cuando menos común, que los jóvenes hayan probado marihuana alguna vez. El 15% no tiene opinión sobre el tema. Si se consideran las respuestas globales a las dos preguntas finales sobre riesgos relacionados con el consumo de marihuana y de cocaína, se halla que más del 40% no tiene idea formada sobre los riesgos, no los conoce, o bien los subestima. Varones y mujeres comparten estos porcentajes.

**Discusión.** A fines de septiembre de 1988, la resolución XV del plenario de la OMS/OPS incluyó un conciso y expresivo cuadro de situación en materia de salud para la región de América latina y el Caribe<sup>13</sup>. Se refiere allí a los cambios que presentó el perfil de morbimortalidad del mundo conforme fue avanzando el desarrollo económico social durante este siglo; desde los primeros estadios, con el predominio de las enfermedades infecciosas, a los últimos, vinculados con los problemas de salud derivados del desarrollo rápido sin protección del medio físico y humano. Concluye el informe que estos perfiles, considerados como estadios sucesivos en algunas regiones, significan sin embargo en nuestros países el desafío de convivir con ellos simultáneamente. Hoy, cuando la región afronta la llegada del cólera, junto a los problemas del uso del "bazuco" o de las sustancias inhalables, esas conclusiones mantienen su vigencia.

Con relación al abuso de drogas y los problemas endémicos del alcohol y el tabaco se agrega ahora el avance epidémico de diferentes sustancias psicoactivas<sup>11</sup>. Consecuencia ésta esperable del cambio histórico que introdujo la producción en una escala masiva y su distribución internacional de forma legal e ilegal.

Estos problemas se alojan en los pliegues del desborde demográfico de las ciudades y prosperan en un contexto donde la desorganización afecta la identidad familiar y comunitaria<sup>4</sup>. En tanto, una generación numerosa de jóvenes participa dentro de esta urbanización acelerada y compulsiva, con la limitación que significa el alejamiento o la pérdida de sus sistemas primarios de apoyo psicológico: la familia y la comunidad. La capacidad del individuo para enfrentar la aflicción y la enfermedad se ve así disminuida<sup>6</sup>. Trastornos como violencia y abuso de alcohol y drogas, entre otras manifestaciones de este "último estadio", encuentran así vías de entrada más permeables.

-El presente estudio investigó el patrón de consumo de una muestra representativa de la población paraguaya entre los 12 a 45 años, residentes en las diez ciudades más pobladas del país. El estudio mostró amplia variedad de

sustancias y patrones de uso. Cabe señalar algunas características distintivas asociadas en algunos casos a márgenes amplios de tolerancia al abuso, específicamente en las sustancias legales, alcohol, tabaco y medicamentos psicotrópicos.

En una ciudad como Asunción, el 62% de los jóvenes entre los 12 y los 17 años ha consumido bebidas alcohólicas; el 16,3% abusó alguna vez (mayoritariamente con cerveza); el 74% lo hace desde hace al menos un año de manera regular. ¿Qué reacción originó este patrón? Sólo el 1% de estos jóvenes alguna vez pensó que bebía demasiado; el 3% recibió una advertencia de alguien cercano; ninguno consultó a un médico u otro profesional por su abuso. Los resultados globales indican que este perfil no es exclusivo de un grupo de jóvenes o de una ciudad: el 31,6% de la población de 12 a 45 años de edad abusó de la bebida en el último año y el 25,8% en los últimos 30 días. Sin embargo, apenas el 0,6% consultó alguna vez por su forma de beber a un médico u otro profesional.

El hábito de fumar comprende un sector muy pequeño por debajo de los 18 años de edad. En edades mayores, el consumo de 20 o más cigarrillos alcanza al 5% de los entrevistados, en los últimos 30 días. La percepción del abuso es mayor que con las bebidas y, a su vez, también aumenta la consulta médica al 1,6%. El 10,3% de los entrevistados alguna vez uso sedantes, hipnóticos o estimulantes sin indicación médica; de éstos el 1,4% tienen entre 12 y 17 años. Obsérvese que, en las proyecciones, hasta los porcentajes pequeños pueden representar un número grande de personas en términos absolutos. En el último caso podría hablarse de un número aproximado a los 12.000 jóvenes con uso de psicofármacos sin indicación médica, alguna vez en la vida.

Estos patrones de consumo de sustancias legales se encuentran en general bajo la cobertura de la tolerancia social. Los bajos niveles de percepción del abuso por parte del individuo y de otros respecto del mismo, la escasa repercusión en trastornos emocionales o sociales que se identifiquen asociados a su exceso, parecen apoyar esta observación, indicando una escasa disonancia cognoscitiva entre el comportamiento y lo aceptado socialmente. El grupo de preguntas que indagó sobre tolerancia hacia las drogas legales e ilegales obtuvo porcentajes de rechazo franco al consumo en un 30% y un 60% respectivamente, en los jóvenes de 12 a 25 años.

Las tasas de inhalación deliberada de disolventes concuerdan en proporción con los datos recogidos por la encuesta de 1982 en colegios<sup>5</sup>. Si bien los datos se refieren a una población diferente a la de este estudio (residentes en hogares), cierto es que los inhalables se mantienen como uno de los problemas de abuso más importantes.

Comparada con datos provenientes de los estudios más actuales de la región (que siguieron metodologías similares en poblaciones de 12 a 65 años) la prevalencia global en inhalables de 1,9%, en Paraguay, se aproxima a la de Ecuador con 1,6% y a la del Distrito Federal de México con 1,0%<sup>1,7</sup>.

La marihuana, con una prevalencia global del 1,4% se incrementa notablemente cuando se trata de ciudades cercanas a zonas de cultivo clandestino, donde llega al 1,8. La tasa global es bastante más baja que en Ciudad de México con el 3,5%, en Ecuador con el 4,3% o en Costa Rica con el 3,6%<sup>8</sup>.

El consumo de clorhidrato de cocaína se presentó con una prevalencia total de 0,3%. Este dato relativamente pequeño es similar al de ciudad de México (0,4%), de Costa Rica (0,5%) y es menor que el de Ecuador (1,0%). En ciudades del Paraguay cercanas a puntos fronterizos de gran actividad comercial la prevalencia de vida pasa al 0,8.

Los patrones de abuso de sustancias se corresponden con una orientación del comportamiento sustentado en la evasión o la negación del conflicto. Esta se manifiesta en un tercio de los jóvenes que acuerdan, por ejemplo, con que "cuando uno está en problemas lo mejor es ignorarlos" y en otras preguntas similares que aborda la encuesta.

En el marco de una prevalencia de más de 20% de personas con malestar de tipo depresivo, y con datos que indican un 3% con referencias sobre ideas de suicidio, las definiciones de las personas acerca de cómo salir de sus conflictos pasan a tener importante sentido epidemiológico en el campo de la salud mental y en el tema del uso de sustancias psicoactivas. El acuerdo con respuestas que implican una forma de tratamiento de las dificultades, basada en su negación, está indicando, al margen de su conducta real de consumo, la elección del escape frente a la alternativa de transformar o transformarse en la confrontación con la realidad. Esta orientación es parte del riesgo que pesa sobre un grupo que todavía no consume pero ya participa de un "modelo seco" de la adicción, tan problemático e invalidante quizá como el mismo consumo.

En opinión de la población, los problemas vinculados con la salud mental tienen una prioridad varias veces menor frente a otros como el cólera o el SIDA. No han habido todavía casos de cólera en el Paraguay y el SIDA afecta hasta el presente a 131 personas (94 portadores). Sin dejar de ver la potencialidad de estos trastornos (pero en atención a las tasas de problemas depresivos o de abuso de sustancias psicoactivas) esta opinión indica la importancia de afirmar y profundizar los cambios iniciados en el Paraguay. Cambios hacia la recuperación de una visión no censurada del hombre y sus problemas, hacia la participación, modesta pero insustituible, de la salud mental en la construcción del bienestar común.

### **Referencia bibliográficas**

1. AGUILAR E., NARVAEZ A. Y SAMANIEGO N. La farmacodependencia en el Ecuador, Quito, Ministerio de Salud Pública, 1990.
2. ASOCIACION DE PSIQUIATRIA AMERICANA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R). Barcelona, Masson, 1988.

3. CLIMENT C.E., HARDING T., IBRAHIM H., WIG N. et al. The self-reporting questionnaire (SRQ). En: OPS, Manual para trabajadores de atención primaria, Washington, 1983.
4. FIDEL DE LA GARZA G., MENDIOLA I. y RABAGO S. Adolescencia marginal e inhalantes, México, Trillas, 1979.
5. FOGEL G. Estudio del consumo de sustancias psicoactivas. Perfil nacional del Paraguay, Asunción OPS (mimeo), 1989.
6. HOLTZMAN W., EVANS R., KENNEDY S. e ISCOE I. Psicología de la salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de la salud, Bol Of Sanit Panam, 1988, 105 (3).
7. INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA. Encuesta nacional de adicciones, México, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, 1990.
8. INSTITUTO SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA. Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas, San José, 1991.
9. MARCONI J. Delimitación del alcoholismo y los problemas del alcohol para estudios epidemiológicos en América latina. En: Epidemiología del alcoholismo, Buenos Aires, Fundación ACTA, 1967.
10. MAYFIELD D.G., Mc LEAD G. & HALL P. The CAGE Questionnaire: Validation of a New Alcoholism Screening Instrument. Am J Psychiat, 1974, 131, 1121-1123.
11. MEDINA - MORA M.E. et al Situación epidemiológica del abuso de drogas en México. Bol of Sanit Panam, 1989, 107.
12. MIGUEZ H. Y PECCI M.C. Detección de casos en atención primaria de la salud mental. Asunción, Comité Paraguay - Kansas, 1991.
13. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de sistemas nacionales de salud, Washington, 1989.

#### PREMIO ACTA 1991

Al mejor trabajo de investigación científica en el campo de la psiquiatría y salud mental, realizado en América latina.



© 1997

