

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DEL ALCOHOLISMO

Un estudio de prevalencia en población urbana marginal (Independencia) *

JAVIER MARIATEGUI ** Y CECILIA SOGI***

KEY WORDS: *Alcoholism – Epidemiology – Slum area population*

PALABRAS CLAVE: *Alcoholismo – Epidemiología – Población urbano marginal*

A propósito de un esbozo de estudio del estado actual del alcoholismo en el Perú se ofrecen los resultados correspondientes a los rubros alcoholismo y abuso de alcohol de la primera fase (1982) de la investigación epidemiológica psiquiátrica realizada en una población marginal de la Gran Lima, el Distrito de Independencia. La prevalencia de vida fue de 14.21% para el abuso y la dependencia del alcohol. Después de considerar algunos aspectos demográficos y la metodología empleada, se ofrecen los resultados obtenidos y la discusión de los hallazgos, considerados de alcance limitado por la necesidad de estudios complementarios socioantropológicos.

Epidemiological investigation on alcoholism: A study of life prevalence in a slum area (Independencia)

Related to an outline updating the study of alcoholism in Peru, we show the results regarding alcoholism and alcohol abuse from the first phase of an epidemiological psychiatric investigation done in Independencia (1982), a deprived Lima suburb. The life prevalence was 14.21% for alcohol abuse and dependence. After taking into consideration some demographic issues and the methodology, the results are shown and the findings discussed. These are supposed to be of limited value due to the need for deepening the complementary social and anthropological studies.

* Algunos aspectos de este estudio se presentaron al III Congreso Iberoamericano sobre Alcohol y Alcoholismo, Cuenca, Ecuador, 18—22 de junio de 1984. Con datos adicionales, al X Congreso Peruano de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía, Lima, 18—22 de octubre de 1984. La presentación con el título actual resulta la versión definitiva.

** Director del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM), Lima. Profesor Principal y Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima. Profesor Principal de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.

*** Psiquiatra Asistente del INSM, Lima. Profesor Instructor del Departamento de Psiquiatría, UPCH, Lima.

INTRODUCCION

La investigación empírica de la extensión del alcoholismo en el Perú tiene una antigua data y se remonta a los trabajos de José Casimiro Ulloa en el Siglo XIX (16). En las tres últimas décadas, con la metódica de la epidemiología psiquiátrica, se producen los aportes más significativos que han merecido exposición y revisión crítica en libros, revistas y documentos publicados en el país y en el exterior (2, 5, 6, 7, 8, 9, 12).

Como es conocido, los estudios de epidemiología psiquiátrica han privilegiado los enfoques biomédicos con referencia secundaria a los factores socioculturales. En los últimos años la investigación conducida en el Perú por el Instituto Nacional de Salud Mental ha enfatizado el desarrollo de la indagación epidemiológica dentro del contexto socioantropológico. En esta dirección está por concluirse la última etapa de un ensayo de epidemiología psiquiátrica (5), en un distrito representativo de la población urbana marginal de Lima situado en su área de influencia inmediata. Este relato se refiere exclusivamente a los resultados de la primera etapa (1982) de la investigación señalada en lo que concierne a alcoholismo y consumo exagerado de alcohol.

La Capital y sus poblaciones marginales

El crecimiento demográfico de la Capital se revela en los resultados del último Censo Nacional de Población y Vivienda (1981). El Departamento de Lima tiene el 25% de la población

nacional, y su provincia, mayormente las áreas urbanas, albergan el 88% de esta población (4'385,633 habitantes). Paralelamente al fenómeno de incremento poblacional y en el entorno de Lima metropolitana, se han desarrollado los llamados barrios marginales, "barriadas" o "pueblos jóvenes", que comparten las características de albergar una población de precaria condición socioeconómica, producto mayormente del incontenible flujo migratorio interno. En la fecha (1984) se considera que la Gran Lima tiene cerca de 6 millones de habitantes y el 37% se ubica en las barriadas (Matos Mar, 10).

La política de salud pública enfrenta dificultades tanto de cobertura como de eficacia de los servicios para una población compleja, pero resulta perentoria la planeación racional de los servicios de salud, fundamentalmente con enfoque preventivo, basada en la investigación de las necesidades y recursos de este grupo humano.

El Distrito: características y demografía

El trabajo de epidemiología psiquiátrica en actual desarrollo corresponde al estudio del Distrito de Independencia. Antes de extraer los datos correspondientes a alcoholismo, haremos una revisión sumaria de la población estudiada.

El Distrito de Independencia está ubicado al nor-oeste de la ciudad de Lima, limitando por el norte con el Distrito de Comas, por el sur con el Distrito del Rímac, por el este con el Distrito de San Juan de Lurigan-

cho y por el oeste con el Distrito de San Martín de Porras. Independencia está pues situado en el llamado Cono Norte de la Gran Lima, segmento de la capital poblado con más de un millón de habitantes. El Distrito de Independencia, por estar próximo a la zona más occidental de la Cordillera de los Andes, tiene relieve accidentado y en algunas zonas tiene una altitud máxima de aproximadamente 130 metros sobre el nivel del mar. Antes de ser poblado por el avecindamiento espontáneo y la migración interna, el terreno era una extensión desértica conformada por pampas áridas y múltiples elevaciones, lo que dio lugar a construcciones ubicadas a diferentes alturas en algunas zonas. La superficie total del Distrito es de 1,617 Km².

El avecindamiento se inició hace 25 años mediante el procedimiento de "invasión", esto es, el modo usual en que se ha formado la población en el entorno de Lima con los llamados barrios marginales o "pueblos jóvenes". Veinte años atrás se expidió la ley de creación oficial del Distrito. Inicialmente predominó el tipo de vivienda precaria, propio del estilo aluviónico de invasión (esteras, maderas, calaminas). Conforme los moradores afianzaron su tenencia de tierra, la condición de la vivienda, dentro de la sencillez de su estructura, ha ido mejorando, con trazo urbano y construcciones de material noble. La mayor parte de ellas son independientes y unifamiliares siendo propietarios de las mismas el 94% de sus habitantes. El promedio de habitantes por vivienda es de 5.45 personas. La mayoría de las viviendas cuentan con red

pública de agua y desagüe y alumbrado eléctrico.

En 1982, año en que se dio comienzo a la investigación epidemiológica, el número de habitantes del Distrito de Independencia fue de 137,722 (población censada en 1981), el 40% de ellos de menos de 14 años y el porcentaje restante conformado por mayores ubicados entre los 15 y los 64 años.

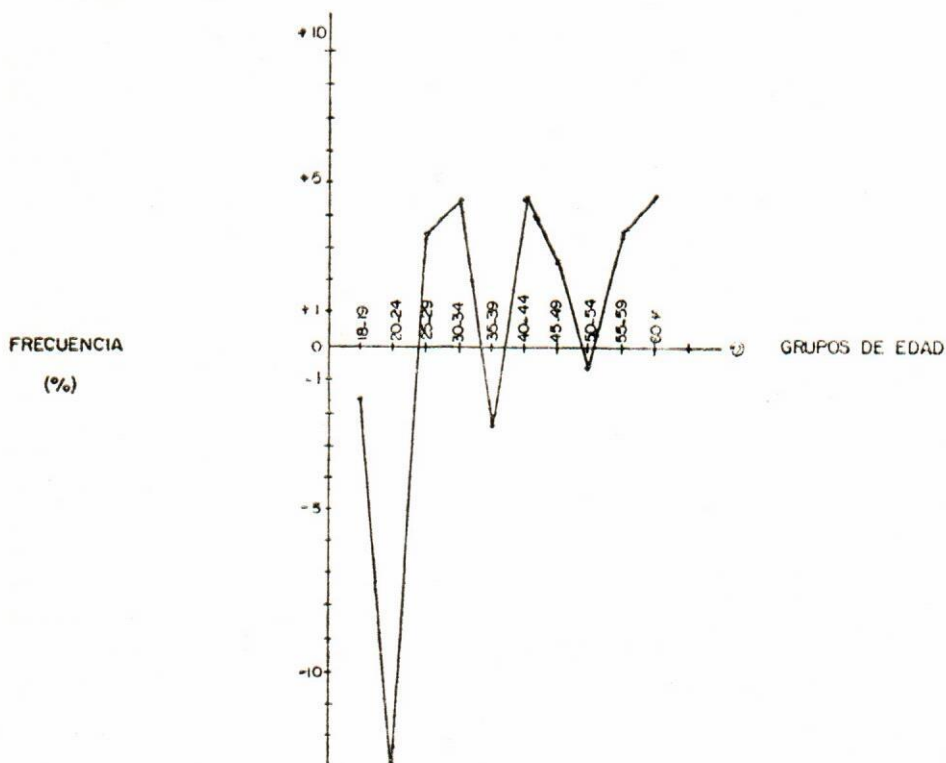
Más del 60% de los habitantes de Independencia proceden de Lima y el resto de otros departamentos del centro del país, mayormente de su zona andina. Más del 90% de la población sabe leer y escribir y el analfabetismo, más marcado en la población femenina, es del 8.58%. La población económicamente activa fue de 40,416 habitantes, teniendo ocupación plena más del 90%, en el estrato social de obreros. La gran mayoría habla exclusiva o preferentemente el castellano y el 3% sólo el quechua.

Metodología

Como en toda encuesta de morbilidad psiquiátrica, en el estudio realizado en Independencia el objetivo fue determinar el número y la distribución de los problemas de salud mental y emocional con miras a la planeación adecuada y racional de los servicios a establecerse en la comunidad. Se utilizó el formato de entrevista clínica diagnóstica llamado D.I.S. (*Diagnostic Interview Schedule*), cuestionario totalmente estructurado y desarrollado a solicitud del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de Norteamérica por Robins y Helzer (11). El

GRAFICA N° 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACION CON DIAGNOSTICO DE ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL



instrumento utiliza 259 preguntas cerradas y otras complementarias en base a un fluxograma de tanteo rígido con el cual se establecen el nivel de severidad y las posibles explicaciones alternativas antes de calificar el síntoma como de causalidad psíquica. Otra peculiaridad que tiene este cuestionario es que posee un programa de computación que permite la utilización de procedimientos automatizados para llegar a decisiones diagnósticas. El D.I.S utiliza los siguientes esquemas clasificatorios: Criterios Diagnósticos de Feighner *et al.* (3), Criterios Diagnósticos de Investiga-

ción (RDC, 14) y Tercera Revisión de la Clasificación Norteamericana de los Desórdenes Mentales (DSM-III, 1). La presente investigación se basa en el DSM-III. La información que suministra puede ordenarse en la siguiente forma: 1) diagnósticos específicos longitudinales y también actuales, definidos en cuatro niveles de actualidad (dentro de las últimas 2 semanas, el mes, los 6 meses y el último año); 2) número de diagnósticos en que se han alcanzado los criterios establecidos; 3) primer diagnóstico de aparición; 4) número absoluto de síntomas presentes; 5) nivel

de funcionamiento actual; 6) historia de tratamiento psiquiátrico pasado o actual e historia de tratamientos para trastornos físicos; y 7) datos demográficos.

La confiabilidad del instrumento diagnóstico fue de 100% para el rubro alcoholismo y abuso de alcohol. En lo que a la muestra estudiada tañe debemos señalar que la investigación está dividida en dos fases: 808 personas estudiadas en 1982, y 818 personas encuestadas en 1983. Presentamos en esta ocasión sólo los resultados de 1982. La primera serie de 808, seleccionada por el Instituto Nacional de Estadística, representa alrededor del 1.4% de la población adulta (por encima de los 18 años) del distrito. La muestra fue de tipo probabilístico de selección simple al azar de viviendas y personas adultas.

El instrumento de encuesta epidemiológica contiene datos referentes a la edad de la primera embriaguez, el uso de una cantidad establecida de alcohol para determinar el abuso y la aparición de síntomas de dependencia, abstinencia, deterioro en el funcionamiento laboral, familiar y social; finalmente se indaga por la edad de comienzo y término de las complicaciones físicas derivadas del abuso del alcohol.

Análisis e interpretación de los resultados

De la muestra estudiada se desestimaron 13 casos por diversas razones, de modo que la muestra real se redujo a 795 personas entrevistadas. La cifra de "prevalencia por vida" para el abuso y la dependencia del

alcohol es de 14.21%. La relación hombre-mujer es de 16: 1 y, aplicando una fórmula estadística, el porcentaje de mujeres alcohólicas no es significativo (Cuadro N° 1).

En lo que concierne a la edad, el porcentaje mayor se encuentra entre los 25-29 años (Gráfica N° 1). Este resultado estaría en relación con el "pico" de la Gráfica N° 2, que marca una edad de comienzo del abuso de alcohol a los 18 años, con una historia natural de desarrollo del consumo adictivo relativamente breve.

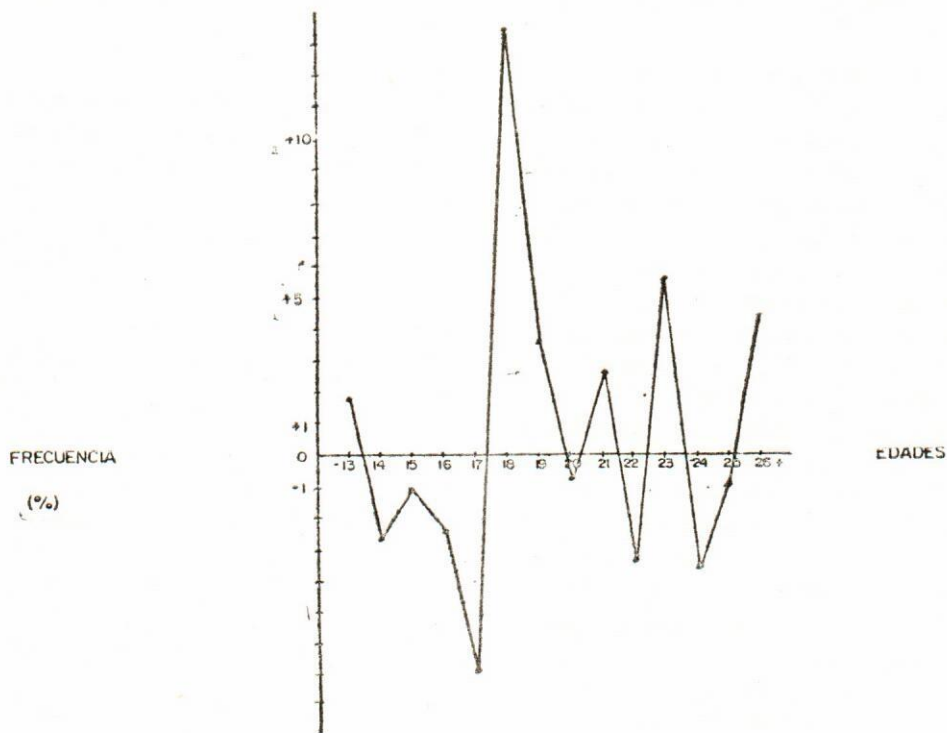
En relación a los indicadores del consumo tóxico, no sólo los vinculados a la cantidad de alcohol ingerida por encima de lo socialmente aceptable, el instrumento empleado tiene la peculiaridad de detectarlos, singularmente los que pueden llamarse indicadores indirectos, lo que evidencia información ordinariamente eludida o minimizada por los bebedores (Cuadro N° 2).

Los encuestados que señalaron consumo episódico de un quinto de licor fueron el 42.47% y de ellos casi el 90% lo han hecho dentro de los últimos 6 meses; un porcentaje menor, del 18.58%, corresponde a quienes declararon que la última ingesta ocurrió hace más de un año (Cuadro N° 3).

En lo que atañe a los indicadores de perturbación en el funcionamiento social y ocupacional dependiente del abuso de alcohol encontramos que son elevados los porcentajes de aquellos que señalaron conflictos o dificultades con familiares y amigos. Asimismo, la violencia durante la intoxicación y el ausentismo laboral se expresan por porcentajes altos. Estas

GRAFICA N° 2

EDAD DE COMIENZO DEL ABUSO Y LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL



CUADRO N° 1

ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

N°	Total		Hombres		Mujeres	
	N°	%	N°	%	N°	%
113	113	14.21	106	27.10	7	1.73

conductas desadaptativas tienen implicancia tanto para el individuo como para el grupo y son un reflejo de la medida en que el alcoholismo rebasa la capacidad de control (Cuadro N° 4).

En lo concerniente a la distribución temporal de otros indicadores del uso patológico del alcohol, observamos

que el 21% la refiere dentro del último año. Si relacionamos este porcentaje con los señalados en el Cuadro N° 3, apreciamos la magnitud de la problemática relacionada con el alcohol (Cuadro N° 5).

En relación a los síntomas de abstinencia, sólo se registró temblor de manos. No se encontraron convulsiones,

CUADRO N° 2

INDICADORES DE USO PATOLOGICO DEL ALCOHOL

	<i>Total N° 113</i>	N°	%
1. Necesidad de uso diario del alcohol para funcionar adecuadamente		16	14.15
2. Incapacidad para detenerse o abstenerse		46	40.70
3. Repetidos esfuerzos para controlar o disminuir la ingesta		27	23.09
4. Irse de parranda (continuar la ingesta a lo largo del día durante por lo menos 2 días)		46	40.70
5. Consumo episódico de un quinto de licor (o su equivalente en vino o cerveza)		69	61.06
6. Amnesia para los sucesos ocurridos durante la intoxicación		55	48.67
7. Persistencia de la ingesta a pesar de tener una seria enfermedad física		17	15.04
8. Uso de alcohol industrial		0	—.—

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION TEMPORAL DE CONSUMO EPISODICO

	<i>Total N° 69</i>	N°	%
Ingesta dentro del último año		48	42.72*
Ingesta hace más de un año		21	18.58

* Casi el 90%: ingesta dentro de los últimos 6 meses.

CUADRO N° 4

INDICADORES DE PERTURBACION EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y OCUPACIONAL

	<i>Total N° 113</i>	N°	%
1. Violencia durante la intoxicación		52	46.01
2. Ausentismo laboral por alcohol		30	26.54
3. Pérdida del trabajo por alcohol		11	9.73
4. Arresto por embriaguez		18	15.92
5. Accidente de tránsito en estado etílico		10	8.84
6. Conflictos o dificultades con la familia		78	69.02
7. Conflictos o dificultades con amigos		53	46.90

CUADRO N° 5

DISTRIBUCION TEMPORAL DE OTROS INDICADORES

<i>Total N° 44</i>	N°	%
Dentro del último año	24	21.23
Dentro de los últimos 3 años o más	20	17.70

CUADRO N° 6

SINTOMAS DE ABSTINENCIA Y COMPLICACIONES FISICAS

<i>Total N° 113</i>	N°	%
Tremor de manos	24	21.23
Problemas hepáticos	51	45.13

CUADRO N° 7

ABUSO Y DEPENDENCIA DEL ALCOHOL Y OTROS DIAGNOSTICOS

<i>Total N° 113</i>	N°	%
Sólo abuso y dependencia del alcohol	61	53.98
Concurrencia de otros trastornos mentales	52	46.02

delirium tremens o alucinosis alcohólica. La mención de "problemas hepáticos" por el 45% debe tomarse con reserva desde que no se trata de diagnósticos médicos (Cuadro N° 6).

El 53% de aquellos que presentaban abuso y dependencia del alcohol registraban otros trastornos psiquiátricos: entre las personas adultas, el síndrome orgánico-cerebral, y entre los jóvenes el trastorno de la personalidad, mayormente del tipo antisocial (Cuadro N° 7).

Discusión

El instrumento empleado en el presente estudio, el D.I.S., es un cuestionario de entrevista diagnóstica de los trastornos mentales consignados en el DSM-III y su sección destinada al abuso y la dependencia del alcohol es particularmente sensible tanto por la forma cuanto por la sistemática de su estructuración. En el presente estudio la prevalencia por vida (*lifetime prevalence*, posibilidad de presentar el trastorno a lo largo de la vida) fue de 14.21%; y la prevalencia lápsica (dentro del último año) de 9.05% (que, sumada a la prevalencia desde más de un año —5.16%—, da la cifra total de 14.21%). Estas cifras son elevadas y representan tanto a los bebedores excesivos cuanto a los adictos al alcohol. No son desde

tionario de entrevista diagnóstica de los trastornos mentales consignados en el DSM-III y su sección destinada al abuso y la dependencia del alcohol es particularmente sensible tanto por la forma cuanto por la sistemática de su estructuración. En el presente estudio la prevalencia por vida (*lifetime prevalence*, posibilidad de presentar el trastorno a lo largo de la vida) fue de 14.21%; y la prevalencia lápsica (dentro del último año) de 9.05% (que, sumada a la prevalencia desde más de un año —5.16%—, da la cifra total de 14.21%). Estas cifras son elevadas y representan tanto a los bebedores excesivos cuanto a los adictos al alcohol. No son desde

luego comparables a las derivadas de los estudios epidemiológicos que descubren cifras de prevalencia transversal. Si se tiene en cuenta que uno de los modos de consumo alcohólico se caracteriza por su episodicidad, se releva la importancia de las tasas de prevalencia por vida.

Es de remarcar la edad de comienzo del consumo abusivo de alcohol, señalado en los 18 años, lo que pone en evidencia la temprana aparición de la historia evolutiva del alcoholismo y la mayor frecuencia del "alcoholismo-problema" en el grupo etario entre los 25 y 29 años. Estas cifras son reveladoras de la importancia de un programa preventivo a cumplirse en la adolescencia temprana. Otras formas de patología concurrente, especialmente la asociación del alcoholismo con los síndromes orgánico-cerebrales en los adultos, destacan la importancia de los estudios encaminados a la indagación acerca de daño cerebral en la población expuesta. Este dato, empero, en el caso concreto de la presente investigación, debe tomarse con reserva desde que el D.I.S. pareciera señalar en demasía la presencia actual de formas orgánico-cerebrales de patología.

No obstante las diferencias de prevalencias estudiadas y de las metodologías empleadas, como contraste mencionaremos la relación del porcentaje global registrado en este estudio con otros hallazgos. La prevalencia encontrada en la población urbana marginal de Independencia casi duplica el porcentaje encontrado hace más de veinte años en una zona turgurizada de Lima Metropolitana (7). Frecuencias comparativamente

elevadas encontradas en una muestra de obreros calificados que oscilaron entre 6.2 y el 11% de adicción alcohólica son los guarismos más próximos, reveladores del proceso gradual de alcoholización en los estratos sociales económicamente menos favorecidos (13). La cifra mencionada para el Distrito de Independencia casi iguala a la verificada en una población agraria del norte del país en el que el alcoholismo compromete hasta el 15% de la población obrera y campesina (4).

La dimensión epidemiológica del alcoholismo en su escueto guarismo o en el análisis de sus variables demográficas no representa una aproximación auténtica a su compleja problemática. Los factores socioantropológicos tienen una gravitación tan señalada que sin su consideración metódica y extendida los resultados de la investigación de campo quedan en mero ejercicio estadístico. Ello conduce a juzgar con sentido crítico los hallazgos de la indagación sintomática carentes de sustentáculo psicoantropológico y sociocultural.

La investigación epidemiológica en el Distrito de Independencia, tanto su primera fase terminada en 1982 cuanto su segunda etapa de 1983, actualmente en proceso, para hacer consistentes sus hallazgos, requieren como insoslayables sustentos los estudios complementarios del ámbito socio-cultural y demás aspectos antropológicos integrantes de un enfoque ecológico de causalidad múltiple, que es lo que corresponde al desarrollo lento y curso progresivo de la enfermedad alcohólica. Los conocimientos de-

rivados de otras poblaciones marginales sólo pueden utilizarse con fines comparativos. El examen de un solo factor, la movilidad geográfica, pone de relieve que la composición del "aluvión" migratorio interno ha variado en las dos últimas décadas; no se trata ya del incontenible flujo del interior hacia las ciudades más desarrolladas de la costa, Lima principalmente; se asiste ahora a una "invasión" de naturales de la capital o migrantes de "segunda generación", sin que ello signifique que la movilidad geográfica provinciana haya reducido su volumen. Esta sola variable socio-antropológica requiere de nuevas in-

vestigaciones "transdisciplinarias", en el sentido de la integración del conocimiento en una superdisciplina que subsuma y consolide los aportes de las disciplinas conexas (15). Sólo entonces las cifras tendrán un sentido y expresarán una concepción de alienato. Los resultados de la encuesta epidemiológica disciplinada al modelo biomédico realizada con un instrumento diagnóstico confiable y procesados por la fría neutralidad de la computadora, tienen apenas un valor referencial si no se apoyan en un sustentáculo de dimensión ecológica que haga de las cifras una conceptualización humanizada de la experiencia.

REFERENCIAS

1. APA (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Edition), Washington.
2. CARAVEDO, B. y ALMEIDA, M. (1972): *Alcoholismo y Toxicomanías*. Un informe actual sobre los problemas del alcohol, el coquismo y las drogas en el Perú. Folleto mimeografiado, Ministerio de Salud, Lima.
3. FEIGHNER, J. P., ROBINS, E., GUTZ, B. et al. (1972): "Diagnostic criteria for use in psychiatric research", *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63.
4. GRIEBENOW E., W. (1975): "Problemática del alcoholismo en las cooperativas agrarias azucareras del Perú", en *Psiquiatría Peruana* (III). Anales del III Congreso Nacional de Psiquiatría (A. Colmenares, O. Valdivia Ponce y J. Alva, Editores), Talleres Gráficos P.L. Villanueva, Lima.
5. JICA: *Development of mental health services project in Peru. Epidemiological Research Report*, May, 1983.
6. MARIATEGUI, J. (1967): "Estado actual de la epidemiología del alcoholismo y problemas del alcohol en algunos países de América Latina: Perú", en *Epidemiología del Alcoholismo en América Latina* (J. Horwitz, J. Marconi y G. Adis Castro, Editores). Monografía 1 de *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Buenos Aires, págs. 119-126.
7. MARIATEGUI, J.; ALVA, V. y DE LEON, O. (1969): *Epidemiología psiquiátrica de un distrito urbano de Lima*, Ediciones de la Revista de Neuro-Psiquiatría, Lima.
8. MARIATEGUI, J. (1974): "Investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina", *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 20: 86-98.
9. MARIATEGUI, J. (1984): "Problemática del alcoholismo en el Perú. Una visión en perspectiva", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 47: 1-21.
10. MATOS MAR, J. (1984): *Desborde popular y crisis del Estado*, Perú Problema 21, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
11. ROBINS, L. N. & HELZER, J.E. (1981): "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule.

- Its history, characteristics and validity", *Archives of General Psychiatry*, 38: 381-389.
12. ROTONDO, H.; ALIAGA, P. y GARCIA-PACHECO, C. (1963): "Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. La prevalencia de los desórdenes mentales", en *Estudios de Psiquiatría Social en el Perú* (B. Caravedo, H. Rotondo y J. Mariátegui, Editores), Ediciones del Sol, Lima.
 13. ROTONDO, H. y BAZAN, E. (1976): "Epidemiología del alcoholismo en poblaciones obreras", *Revista de Neuro Psiquiatría*, 39: 1-9.
 14. SPITZER, R.L. & ENDICOTT, J. (1978): "Research Diagnostic Criteria Reason and Reliability", *Archives of General Psychiatry*, 35: 773-782.
 15. VALASKAKIS, K. (1975): "Eclectics: elements of a transdisciplinary methodology for futures studies", en *The Future as a Academic Discipline*, Ciba Foundation Symposium 36, Elsevier, Amsterdam.
 16. ULLOA, J. C. (1924-1925): *Obras Médicas*, recopiladas por Hermilio Valdezán. Publicación del Comité Organizador del III Congreso Científico Pan-Americano, T. I y II, Imprenta del Asilo "Víctor Larco Herrera", Lima.

Dirección postal
Paseo de la República 3691
San Isidro
Lima