

"ESTUDIO EN HIJOS DE FARMACODEPENDIENTES A LA PASTA DE COCA" *

Ernesto OLIVER PAREDES **

PALABRAS CLAVE: *Cocaina (Pasta básica) - Hijos de adictos - Alteraciones*
KEY WORDS : *Cocaine (basic paste) - Addicts' children - Alterations*

La investigación pone en relevancia el fenómeno pandémico que acontece en el Perú, con el uso y abuso de las drogas iniciado de manera intensa hace 15 años, haciendo especial énfasis en la pasta de coca como droga altamente peligrosa para el usuario, familia comunidad y descendencia. Tiene como sujetos de investigación 200 niños, 100 hijos de farmacodependientes a la pasta de coca, y 100 de control. Se estudia en ellos sistemáticamente las alteraciones psíquicas, somáticas, del desarrollo evolutivo y escolaridad: la muestra formada por niños de edades entre los 4 a 10 años fue tomada en 4 años y medio, de la consulta externa del Servicio de Psiquiatría del Hospital "Daniel A. Carrión" del Callao. Se delinea un perfil clínico en estos niños, caracterizado por hiperkinesia, agresividad, enuresis primaria, sistema inmunológico deficiente, presencia de alteraciones morfológicas poco comunes (cardiopatías, malformaciones músculo-esqueléticas), medidas antropométricas inadecuadas, retraso en la adquisición inicial del lenguaje y deambulación, y rendimiento escolar deficiente. Da como recomendaciones, continuar con estudios similares, tendientes a precisar los hallazgos presentados y su divulgación hacia la comunidad en un afán de Prevención Primaria de lo nocivo del consumo de la pasta de coca y sus consecuencias sobre la tendencia de estos adictos.

"STUDY OF COCAINE (BASIC PASTE) ADDICTS' CHILDREN"

This study highlights the pandemic of drug addiction, which has been occurring in Peru for the last 15 years, specially the use of cocaine (basic paste) which is a particularly dangerous drug for the user, his offspring, his family and the community. One hundred children whose parents were cocaine (basic paste) addicts were compared with one hundred controls and systematically studied including their psychological and somatic alterations, their developmental profile and their school progress. They were chosen from children aged 4 to 10 years who came to the outpatient department of Psychiatry at the Daniel A. Carrion Hospital in Callao during a time span of four and a half years. A clinical profile is found in these children, characterized by hyperkinesis, aggressiveness, primary enuresis, deficits in the immune system, the presence of rare morphological alterations (cardiopathies, muscular-skeletal malformations), deficient anthropometric measurements, lateness in the acquisition of speech and walking, and poor school performance. The recommendations of the study include the necessity to continue similar investigations in order to amplify the findings presented and the need to inform the community at large of the harmful effects of cocaine (basic paste) on the user and his offspring in a effort to further Primary Prevention.

* Versión abreviada de la Tesis de Doctor en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1987.

** Profesor Asociado, Departamento Académico de Psiquiatría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

INTRODUCCION

En el año de 1960 comienza en el país, el uso indiscriminado de sustancias capaces de producir una farmacodependencia, con la marihuana (*Cannabis sativa L*); para luego, con rapidez, incorporarse en forma masiva otras drogas. A comienzos de la década del 70, hace su aparición un derivado de la planta de coca (*Erythroxylon coca*), la llamada "pasta básica de cocaína, pasta de coca, sulfato de cocaína o simplemente PBC", sin sospecharse en absoluto de las consecuencias nefastas que produciría en el usuario, familia, comunidad y descendencia.

Las drogas consumidas en el país son varias, pero ninguna en la magnitud cuántica y cualitativa de la pasta de coca, pues ésta por sus expresividades e implicancias se constituye en la más peligrosa. Así, se usan y abusan de los barbitúricos, benzodiazepinas, inhalantes, codeínicos, clorhidrato de cocaína, marihuana, sustancias alucinógenas vegetales como el cactus San Pedro (*Trichocereus pachanoi*); la *Opuntia cylindrica*; el *Cerus peruvianus*; la cáscara de plátano rojo (*Mussa paradisiaca* sp); el floripondio (*Brugmasia alba, aurea y rubra*); el ayahuasca (*Banisteria sp*); etc., pero todas ellas, en conjunto, alcanzan el 20 o/o de las drogas consumidas, representando la pasta de coca consumida de manera adictiva, el 80 o/o restante con un costo social inmenso.

Las expresividades clínicas del dependiente a la pasta de coca, son sui generis, diferenciándose del usuario de las hojas de coca, en el coquismo, así como del consumidor de clorhidrato de cocaína, en el cocaínismo; pues la pasta de coca, no sólo deshumaniza y deshumaniza al adicto, sino que, además desestructura su grupo de familia, causa serias y severas interferencias con la comunidad, y ya existen evidencias más precisas que altera a su descendencia (21, 22, 25, 26, 23, 6). Por esas consideraciones se plantea que la pasta de coca, ya no sólo es propia en referencia a las expresividades dentro del grupo coca-cocaína, sino que es original por cuanto se tiene obligadamente que considerar las consecuencias e implicancias de la conducta anómala del adicto sobre su grupo de familia parental, su propio grupo de familia (esposa e hijos), y la comunidad donde se desenvuelve, constituyéndose por consiguiente, en una psicopatología de tipo social que desborda la persona social del adicto (24).

Una consideración importante radica en la composición de la pasta de coca, tanto para poder explicar las alteraciones conductuales tan especiales de sus usuarios, como de la probable causalidad de las alteraciones en la descendencia. Se llama la atención sobre su composición, mencionando que se trata de una preparación blanca, semi sólida, compuesta de sulfato de cocaína, otros alcaloides de la coca, ecgonina, ácido benzóico, metanol, kero-

sene, compuestos alcalinos, ácido sulfúrico y muchas impurezas (15, 16, 17), por ello se plantea que no debe llamarse cocaína base, sulfato de cocaína, sino pasta de coca (5). Investigaciones posteriores añaden que hay un 30 a 70 o/o de alcaloides siendo el más importante la Cinamoilcocaína, que es una sustancia pulverulenta, amorfa, con reacción alcalina o básica al tornasol y por ello también se le llama pasta básica, teniendo en su composición cocaína base, benzoilecgonina, tropocaína, sulfatos, carbonatos y residuos de las sustancias que se utilizan en su elaboración, como kerosene, carbonato de calcio y sodio, amoniaco, ácido sulfúrico, bicarbonato de sodio, ácido clorhídrico, acetona, éter etílico, permanganato de potasio y plomo de gasolina; y últimamente hay reportes periodísticos que se macera con lejía y ácido muriático (4, 19, 34). En cuanto a la detección real de la pasta de coca en el organismo, esta se muestra como una droga de muy complejos efectos en el sistema nervioso central y los hallazgos presentados en diversos trabajos, demuestran que estamos muy lejos de conocer los mecanismos de acción de la droga en el sistema nervioso central y que éstos son de gran complejidad, pudiendo superponerse acciones a diversos niveles y sobre diferentes procesos (8, 27).

Todas las consideraciones enunciadas, sumadas al hecho que su consumo se hace con el tabaco (en el tabacazo), a la cannabis (en el mixto); la combustión, donde se liberan innumerables sustancias hasta ahora no bien precisadas; el ingerir

alcohol de fuerte graduación, de llegar con prontitud a un consumo adictivo con tendencia a ser solitario; de hacerse este consumo también en el hogar, donde se vive en hacinamiento, hacen ver de manera evidente los distintos niveles de acción neuropsicofisiológicos en el adicto y la evidente toxicidad de la pasta de coca, lo cual probablemente, condicionarían daños estructurales y alteraciones diversas. Así, en el adicto, a nivel espermático, ovular y cromosómico; en la adicta gestante, a nivel del desarrollo embrionario y fetal; en la cónyuge gestante, en su condición de consumidora pasiva (como acontece con el tabaco), alteraciones idénticas pero más atenuadas que en la gestante adicta; en el neonato, como consumidor pasivo a nivel del desarrollo somato-psíquico, situación de alteración parecida en los niños pequeños que existan en el hogar, pero menos intensa o marcada si éstos han nacido antes de la condición adictiva del progenitor, señalan consideraciones desde una perspectiva biológica. Desde el horizonte psicológico, los conflictos cotidianos del adicto, con expresividades de agresividad y conductas insólitas tienen que afectar al niño y a la compañera no adicta quien, por su condición de madre, afectará aun más al niño. El afronte socio-cultural plantea, desnutrición, desempleo, hacinamiento, promiscuidad, vida marginal de los progenitores y del niño. Por todo ello, pensamos puede haber una sinergia de estos factores, en mayor o menor intensidad, que alterarían al niño, hijo de progenitores adictos a la pasta de coca.

METODOLOGIA

El diseño de la investigación corresponde al denominado descriptivo, comparativo, estadístico y clínico.

El tipo de investigación es el primer criterio por estar orientado a describir, explicar y predecir el fenómeno en estudio; y el segundo, porque permite, de alguna manera, buscar nuevos conocimientos teórico-científicos con la intencionalidad de generalizar los resultados obtenidos.

OBJETIVO

La investigación trata de poner de manifiesto las probables alteraciones que en la salud somática, psíquica, del desarrollo evolutivo y la escolaridad, pudiesen presentar la descendencia de los adictos a pasta de coca.

HIPOTESIS

“Hay diferencias estadísticamente significativas en relación al equilibrio de la salud somato-psíquica, entre los niños de 4 a 10 años, hijos de farmacodependientes a la pasta de coca, comparados con los niños de las mismas edades, hijos de no consumidores de drogas”.

MUESTRA

El universo de estudio comprendió a 200 niños de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre 4 a 10 años, pertenecientes a la clase socio-económica baja, divididos en 2 grupos, el de estudio y el de control.

Todo este material fue tomado por el autor de manera personal en un período de 4 años y medio, el cual comprendió de Mayo de 1980 a Diciembre de 1985, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital “Daniel A. Carrión” del Callao.

PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS

GRUPO DE ESTUDIO:

La detección de los sujetos de investigación se originaba cuando, al realizar la atención médica psiquiátrica de los adictos a PBC, se preguntaba sobre si tenían hijos y a éstos se les estudiaba en citas posteriores; luego, con el tiempo, al irse diseñando un perfil de las alteraciones de estos niños, se buscaba al progenitor adicto de manera directa.

Se realizó un examen clínico completo; se tomó una H. Clínica, en la cual se abordaron, de manera preferente, aspectos del desarrollo evolutivo, antecedentes personales y familiares referidos a la dependencia de los progenitores.

Se revisó las H. Clínicas del hospital, tanto de los niños y progenitores para sistematizar los antecedentes patológicos.

Se utilizaron las Tablas de Ramos Galván y Luna Jaspe, para las medidas antropométricas y la Prueba Selectiva del Desarrollo de Denver, para las conductas motoras, lenguaje y socialización.

GRUPO CONTROL:

Se siguió el mismo procedimiento que con el grupo de estudio (ex-

cepto el 1er. guión), por cuanto este grupo estaba integrado por niños, hijos de no consumidores de drogas,

TRATAMIENTO MATEMATICO ESTADISTICO

De los Datos Generales: Para un mejor análisis se procedió a la tabulación y calificación de las puntuaciones directas de cada sujeto, en cada una de las áreas de la investigación. Luego, a la conversión de los puntajes obtenidos, en cada una

de estas áreas, al porcentaje. Seguida de la tabulación grupal de las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas, en ambos grupos y finalmente el análisis específico de cada una de las áreas investigadas.

De la Hipótesis: Para la verificación de la hipótesis se utilizó la prueba "t" de Student, que es usual su aplicación para analizar datos provenientes de *dos muestras relacionadas*, y se le utilizó en el estudio por ser la indicada, evidenciando si las diferencias eran estadísticamente significativas.

48	48.00
47	47.00
45	45.00
41	41.00
39	39.00
36	36.00
33	33.00
33	33.00
31	31.00
27	27.00
26	26.00
22	22.00
22	22.00
12	12.00
12	12.00
9	9.00
8	8.00
8	8.00
7	7.00
7	7.00
7	7.00
6	6.00
5	5.00
5	5.00
4	4.00
4	4.00
3	3.00
3	3.00
1	1.00
1	1.00

87	87.00
86	86.00
81	81.00
71	71.00
68	68.00
64	64.00
64	64.00
63	63.00
62	62.00
62	62.00
61	61.00
60	60.00
59	59.00
59	59.00
58	58.00
58	58.00
57	57.00
57	57.00
56	56.00
56	56.00
55	55.00
55	55.00
54	54.00
54	54.00
53	53.00
53	53.00
52	52.00
52	52.00
51	51.00
51	51.00
50	50.00
50	50.00
49	49.00
49	49.00
48	48.00
48	48.00
47	47.00
47	47.00
46	46.00
46	46.00
45	45.00
45	45.00
44	44.00
44	44.00
43	43.00
43	43.00
42	42.00
42	42.00
41	41.00
41	41.00
40	40.00
40	40.00
39	39.00
39	39.00
38	38.00
38	38.00
37	37.00
37	37.00
36	36.00
36	36.00
35	35.00
35	35.00
34	34.00
34	34.00
33	33.00
33	33.00
32	32.00
32	32.00
31	31.00
31	31.00
30	30.00
30	30.00
29	29.00
29	29.00
28	28.00
28	28.00
27	27.00
27	27.00
26	26.00
26	26.00
25	25.00
25	25.00
24	24.00
24	24.00
23	23.00
23	23.00
22	22.00
22	22.00
21	21.00
21	21.00
20	20.00
20	20.00
19	19.00
19	19.00
18	18.00
18	18.00
17	17.00
17	17.00
16	16.00
16	16.00
15	15.00
15	15.00
14	14.00
14	14.00
13	13.00
13	13.00
12	12.00
12	12.00
11	11.00
11	11.00
10	10.00
10	10.00
9	9.00
9	9.00
8	8.00
8	8.00
7	7.00
7	7.00
6	6.00
6	6.00
5	5.00
5	5.00
4	4.00
4	4.00
3	3.00
3	3.00
2	2.00
2	2.00
1	1.00
1	1.00

CUADRO No. 1

**"ALTERACIONES HALLADAS EN EL EXAMEN CLINICO PSICOPATOLOGICO
EN HIJOS DEPENDIENTES A LA PASTA DE COCA (PBC)"**

ALTERACIONES	Grupo de Estudio		Grupo Control	
	No.	o/o	No.	o/o
HIPERKINESIA MOTORA	74	74.00	11	11.00
AGRESIVIDAD	61	61.00	8	8.00
HETEROAGRESIVIDAD	61	100.00	8	100.00
AUTOAGRESIVIDAD	13	21.31	0	
DESOBEDIENCIA PATOLOGICA	60	60.00	5	5.00
ENURESIS PRIMARIA	53	53.00	7	7.00
EN MENORES DE 5 AÑOS	13	13.00	5	5.00
EN MAYORES DE 5 AÑOS	40	40.00	2	2.00
ANSIEDAD	51	51.00	12	12.00
IRRITABILIDAD	48	48.00	5	5.00
ONICOFAGIA	47	47.00	12	12.00
HIPERKINESIA SENSORIAL	45	45.00	5	5.00
TEMERIDAD	41	41.00	6	6.00
DISTRAIBILIDAD	39	39.00	4	4.00
COPROLALIA	36	36.00	4	4.00
RABIETAS	33	33.00	2	2.00
BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	33	33.00	8	8.00
TEMOR A LA OSCURIDAD	31	31.00	9	9.00
HIPERKINESIA VERBAL	27	27.00	10	10.00
LABILIDAD EMOCIONAL	25	25.00	3	3.00
SUCCION DEL PULGAR	22	22.00	5	5.00
INHIBICION	22	22.00	3	3.00
TARTAMUDEZ	15	15.00	2	2.00
FOBIA A LA ESCUELA	15	15.00	6	6.00
ENCOPRESIS	9	9.00	0	
MUTISMO	8	8.00	1	1.00
CLEPTOMANIA	8	8.00	1	1.00
PAVOR NOCTURNO	7	7.00	2	2.00
SONILOQUIA	7	7.00	1	1.00
TICS	7	7.00	3	3.00
BABEO	6	6.00	0	
LATERALIDAD	5	5.00	1	1.00
MASTURBACION	5	5.00	0	
MITOMANIA	4	4.00	6	6.00
PICA	3	3.00	1	1.00
CEFALEA	3	3.00	0	
BRUXISMO	3	3.00	2	2.00
TRICOTILOMANIA	1	1.00	0	
SINDROME DE GUILLES DE LA TOURETTE	1	1.00	0	

CUADRO No. 2

**“ALTERACIONES HALLADAS EN EL EXAMEN CLINICO PEDIATRICO
EN HIJOS DE DEPENDIENTES A LA PASTA DE COCA (PBC)”**

ALTERACIONES	Grupo de Estudio		Grupo Control	
	No.	o/o	No.	o/o
SISTEMA DERMICO:	80	80.00	14	14.00
INFECCIONES RECURRENTES	74	74.00	14	14.00
ABSCESOS SEBACEOS	2	2.00	0	
HIPO E HIPERPIGMENTADAS	2	2.00	0	
MALANOMA HEMIFACIOCRANEAL	1	1.00	0	
ERITEMA FACIAL	1	1.00	0	
SISTEMA OSEO:	78	78.00	5	5.00
PIE PLANO	38	38.00	4	
DISPLASIA DE CADERA	16	16.00	0	
OSTEOMAS	12	12.00	1	
NAALES PLANOS	8	8.00	0	
TORAX EN QUILLA	4	4.00	0	
SISTEMA DIGESTIVO:	74	74.00	11	11.00
INFECCIONES DIVERSAS	73	73.00	11	11.00
POLIPO SIGMOIDEO	1	1.00	0	
SISTEMA RESPIRATORIO:	66	66.00	9	9.00
INFECCIONES RECURRENTES	64	64.00	9	9.00
ATELECTASIA PULMONAR	2	2.00	0	
SISTEMA MUSCULAR:	58	58.00	5	5.00
HERNIAS INGUINALES	28	28.00	2	2.00
HERNIA UMBILICAL	18	18.00	3	3.00
DIASTASIS DE RECTOS	5	5.00	0	
HIPOTONIA MUSCULAR	4	4.00	0	
HIPERTONIA MUSCULAR	3	3.00	0	
SISTEMA GENITO URINARIO:	28	28.00	4	4.00
INFECCIONES DIVERSAS	21	21.00	3	3.00
CRIPOTORQUIDEA	4	4.00	1	1.00
MASTOPATIAS	2	2.00	0	
MALFORMACION RENAL	1	1.00	0	
SISTEMA CARDIOVASCULAR:	14	14.00	1	1.00
SOPLOS PATOLOGICOS	10		1	1.00
COMUNICACION I. V. ACIANOTICA (CIV)	4			
SISTEMA OCULAR:	14	14.00	4	4.00
AGUDEZA VISUAL DISMINUIDA	12	12.00	4	4.00
ESTRABISMO	2	2.00	0	

CUADRO No. 3

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

PESO: Alterado en el 35 o/o con déficit relativo del 11.6 o/o	35	35.00	11	11.00
TALLA: Alterado en el 41 o/o con déficit relativo del 3.4 o/o	41	41.00	8	8.00
PERIMETRO CEFALICO: Alterado en el 48 o/o con déficit relativo del 4.5 o/o	48	48.00	5	5.00
Macrocefalos	6	6.00	1	1.00
Nanismo	2	2.00	0	0.00
SISTEMA INMUNOLOGICO:				
INFECCIONES INTENSAS	61	61.00	12	12.00
ALERGIAS INTENSAS	30	30.00	4	4.00
HOSPITALIZACIONES:	32	32.00	3	3.00
POR PROCESOS INFECCIOSOS	24	24.00	2	2.00
POR PROCESOS QUIRURGICOS	8	8.00	1	1.00

CUADRO No. 3

“ALTERACIONES HALLADAS EN EL EXAMEN CLINICO EVOLUTIVO EN HIJOS DE DEPENDIENTES A LA PASTA DE COCA (PBC)”

ALTERACIONES	Grupo de Estudio		Grupo Control	
	No.	o/o	No.	o/o
LENGUAJE (Adquisición Inicial)	57	57.00	9	9.00
DEAMBULACION (Adquisición Inicial)	56	56.00	10	10.00
CONDUCTAS MOTORAS FINAS	81	81.00	13	13.00

CUADRO No.4

“ALTERACIONES HALLADAS EN EL EXAMEN CLINICO PEDAGOGICO EN HIJOS DE DEPENDIENTES A LA PASTA DE COCA (PBC)”

ALTERACIONES	Grupo de Estudio		Grupo Control	
	No.	o/o	No	o/o
RENDIMIENTO ESCOLAR:	43	75.43	14	24.56
RENDIMIENTO REGULAR	26	45.61	14	24.56
RENDIMIENTO MALO	12	21.05	0	
RENDIMIENTO MUY MALO	5	8.77	0	
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE:	29	50.87	7	12.28
DISLALIAS	26	45.61	1	1.75
FALLA EN LA MEMORIA INMEDIATA	24	42.10	6	10.52
DISGRAFIAS	18	31.57	6	10.52
MAL CONOCIMIENTO ESQUEMA CORPORAL	17	29.82	2	3.50
DISCALCULIAS	13	22.80	2	3.50
DISORTOGRAFIAS	10	17.54	1	1.75
DISLEXIAS	4	7.01	0	

DISCUSION

En el Cuadro No. 1 aparecen las alteraciones halladas en el examen clínico psicopatológico; en el grupo de estudio hay un 74 o/o de sujetos con Hiperkinesia Motora, conducta ésta entendida como una actividad motriz agitada, agresiva, destructora, sin consecución definida, y en el grupo control un 11 o/o; consideramos aquí la prevalencia de 4 o/o de niños que en edad escolar la presentan y un 3 o/o de escolares de Lima la manifiestan (35), pero esta prevalencia aumenta en los grupos socio-económicos de bajos recursos; comprendimos la significancia de la hiperkinesia motora del grupo control, pero sorprende el alto porcentaje obtenido por el grupo de estudio. La agresividad, es una acción con fines violentos, que puede ser verbal o física y es la contraparte motora de la emoción de rabia, cólera u hostilidad, está presente en el 61 o/o del grupo de estudio y en el 8 o/o del grupo control (12); también puede interpretarse como parte de una baja tolerancia a la frustración, la cual en el estudio da 33 o/o contra 8 o/o entre ambos grupos, la cual podría ser indicador de una lesión orgánica cerebral (33); la agresividad encontrada es de manera especial heteroagresiva, con manifestaciones de amenazar con objetos punzo cortantes, golpear a niños, agredir a la madre, entrar en conflicto abierto con otras figuras parentales; la autoagresividad es hallada en el 13 o/o y se caracteriza por morderse, golpearse la cabeza contra superficies duras, en ocasio-

nes hasta sangrar. Aquí también podría incluirse las rabietas, la cual tiene el 33 o/o del grupo de estudio contra un 2 o/o del grupo control, las rabietas tienen una conceptualización teórica muy próxima a lo mencionado en el grupo agresividad y baja tolerancia a la frustración. Existe un grupo muy afín de signos-síntomas integrado por la desobediencia patológica, hiperkinesia sensorial, temeridad y distraibilidad, con porcentajes de 60, 45, 41 y 39 del grupo de estudio contra 5, 5, 6 y 4 del grupo control respectivamente, éstas entidades se hallan íntimamente ligadas a los síndromes de disfunción cerebral o hiperkinético (35), porque entre ellos hay "ra completa" "desobedeciéndolas" para el observador no adiestrado, una secuencia, el niño con hiperkinesia sensorial debido a una exagerada y caótica captación de tipo perceptual-sensorial, no comprende las órdenes que recibe de mane- y puede también llegar a la temeridad, es decir, no medir el peligro de sus acciones. La enuresis primaria, se presenta en el 53 o/o del grupo de estudio en relación al 7 o/o del grupo control; la dividimos en menores de 5 años (es la edad tomada como norma de maduración del control vesical). Se halló un 13 o/o y un 40 o/o en los mayores de 5 años; se informa del 5 o/o al 38 o/o para niños mayores de esta edad hasta los 8 años, y al generalizar la enuresis en los niños dan el 10 al 15 o/o; como se evidencia, las cifras encontradas son mucho más altas. Hay un grupo de ha-

llazgos que tendrían como elemento básico la ansiedad y estaría integrado por la ansiedad, propiamente dicha, la cual es un estado emocional desagradable, en el cual hay sentimientos de peligro inminente, caracterizado por intranquilidad, tensión o aprensión; es necesario distinguirla del miedo, la cual es una reacción a un peligro real externo que se encuentra presente o existe la amenaza de materializarse. En el grupo de estudio se obtiene 51 o/o contra 12 o/o del grupo control. La irritabilidad, situación de no soportar lo que anteriormente se aceptaba con un 48 o/o en el grupo de estudio y 5 o/o en el de control; la onicofagia, el hecho de morderse, comerse las uñas de manera compulsiva, en búsqueda de una seguridad, llegando a destruir el lecho ungueal, desapareciendo la uña y deformando la morfología de los dedos, es una situación frecuente en los niños, pero no de la manera hallada en el estudio del 47 o/o y 12 o/o en los grupos respectivamente el temor a la obscuridad es una falta de seguridad así como obedece a condicionamientos sociales, se da en el 31 o/o y 9 o/o de los grupos; la succión del dedo pulgar, frecuente en los niños, los cuales recurren a este signo ocasionalmente bajo situaciones de tensión (2, 9, 1). En el estudio se encuentra un 22 o/o y 5 o/o para los grupos, haciendo la salvedad que en muchos de éstos niños había una evidente deformación de los maxilares superiores, los cuales se insinuaban a

manera de pequeña probosis; la fobia a la escuela, cual es una reacción de ansiedad y no de fobia, y se presenta en el niño, con dificultades en la socialización y el cual generalmente no ha acudido a la pre-escuela (13, 2), en el estudio se halla un 15 o/o, igual cifra correspondían a la tartamudez, alteración del lenguaje pero fundamentalmente de causalidad emocional y a la hiperhidrosis palmar, en ocasiones muy profusa, la cual puede ser simplemente una situación reactiva y/o adaptativa, o configurar una alteración de la función corporal originada por factores mentales, contra porcentajes del 6, 2 y 3 del grupo control; otra entidad relacionada con la ansiedad son los tics, movimientos espasmódicos involuntarios, ingesta compulsiva de elementos no nutritivos, y la tricotilomanía, cual es un trastorno emocional en que el pelo se convierte en el blanco de la expresión siendo arrancado o retorcido, se dá mucho más en el variable, es común su asociación en los niños con la succión del pulgar y el manipuleo simultáneo del cabello, (3).

En el Cuadro No. 2, se presentan las alteraciones halladas en el examen clínico pediátrico. Entre las más importantes señalamos:

En el sistema dérmico, un gran porcentaje de infecciones diversas (dermatitis, eczemas, piodermitis, lesiones primarias, etc.), recurrentes; así, alteraciones poco frecuentes en la población general como

abscesos sebáceos, zonas amplias hipo e hiperpigmentadas, melanoma hemifaciocraneal. El sistema óseo, presenta alteraciones en un 78o/o, como pie plano en el 38o/o, también llamado pie en pronación; la displasia congénita de cadera con un 16o/o. Esta entidad se presenta en el 1/1000 nacimientos (20); como se menciona puede existir un factor de tipo genético que este dando esta alteración; se hallan osteomas (frontales, parieto-frontales, occipitales, radiales), huesos nasales planos los que dificultan la respiración y modifican el rostro; y tórax en quilla. El sistema muscular presenta un 58o/o de alteraciones, siendo frecuentes las hernias (inguinal y umbilical con el 46o/o), además, diastasis de rectos y cuadros hipo e hipertónicos.

En cuanto al sistema cardiovascular, el hallazgo más importante es el referido a la comunicación interventricular acianótica (CIV) con un 4 o/o en los sujetos de estudio; en cuanto a las cardiopatías congénitas éstas se dan en el 4/1000 nacimientos en términos generales, éstas se presentan en el 2 o/o de los padecimientos congénitos del corazón en adultos y en el 1 o/o en los recién nacidos y niños; la comunicación interventricular acianótica, tiene un 9 o/o de presentación dentro de éstas, en consecuencia es poco frecuente su presentación en relación a otras cardiopatías, como la Comunicación Intra-Auricular con 20 o/o y el grupo de los síndromes de Down, Marfan y Turner, también con un 20 o/o (14,32).

Las medidas antropométricas de éstos niños (grupo de estudio) se

hallan alteradas; así, el peso, en un 35 o/o, con déficit relativo del 11.6 o/o; la talla alterada en el 41 o/o, con déficit relativo del 4.5 o/o; se encuentra 6 o/o de sujetos macrocefalos, nanismo en el 2 o/o, todas estas cifras divergentes ampliamente del grupo control.

El abordaje al sistema inmunológico se hace basado en las infecciones intensas, frecuentes, recurrentes, y por los procesos alérgicos de igual consideración así como en las hospitalizaciones de los niños por procesos infecciosos.

El 91 o/o del grupo de estudio, tenía un sistema inmunológico venido a menos, pues, las infecciones frecuentes o recurrentes son comunes a todos los estados de deficiencia inmunológica, y esto se caracteriza por deficiencia neta de inmunoglobinas y trastornos de las síntesis de anticuerpos o por grave déficit de inmunidad celular o por ambos fenómenos (20); y la "memoria" inmunológica, de la que dependen las respuestas hícticas y de anticuerpos acelerados del estado inmune, parece ser una propiedad de las células linfoides "instruidas"; la manifestación frecuente de que un niño tiene una "escasa resistencia a la infección" requiere un cuidadoso análisis. Puede ser debido a expectativas de salud irrazonables, a factores ambientales como un hogar superpoblado en el que hermanos mayores aportan infecciones múltiples de sus contactos en la escuela o lugares de recreo, o el niño puede tener verdaderamente una frecuencia o gravedad desusadas de infecciones. En este último caso deben tomarse en consideración los "factores del

inuesped" pero hay que distinguir cuidadosamente entre infecciones locales recidivantes o persistentes, que sugieren un defecto anatómico o fisiológico local, y los procesos infecciosos frecuentes, generalmente graves, que hacen pensar en un defecto inmunológico generalizado. En cuanto a las alergias encontradas en 30 o/o de los niños del grupo de estudio, estas duplican la cifra del 15 o/o en la población infantil (31); el término "alérgico", ha sido extensa y a veces libremente usado en referencia a muchos trastornos de origen inmunológico dudoso, tiene su más claro significado cuando se hace referencia a aquellos trastornos que se les da el nombre de "atopia" y en los cuales la reacción inmediata y el desarrollo de "reaginas" constituyen rasgos distintivos característicos. Se reconocen algunas formas clínicas más o menos definidas, como la urticaria, rinitis estacionales y perennes, asma bronquial, eczema del niño y algunas reacciones medicamentosas. Las opiniones están divididas así las tensiones emocionales actúan como iniciadores primarios del estado alérgico, pero no cabe duda acerca de la existencia de una relación entre tensión emocional y síntomas alérgicos en el niño reactivo; así el niño alérgico tiene un deseo vehementemente de amor, como una relación pasivo dependiente con la madre y un temor a alejarse de ella o quedarse solo. (9)

En el Cuadro No 3, se hallan las alteraciones encontradas en el examen clínico evolutivo. La adquisición inicial del lenguaje en el 57 o/o del grupo de estudio se dió en

edades muy tardías, entre 22 a 36 meses y en el 9 o/o del grupo control. El niño entre los 10 a 12 meses debe decir sus primeras palabras claras, y entre los 18 a 20 meses usar palabras pares que fluidifican su comunicación (7, 10, 11). En nuestra muestra, hubieron casos de niños de edades más avanzadas (48 meses) que respondían con monosílabos y cuando eran exigidos fracasaban. La adquisición inicial de la deambulaci6n, informan que a los 12 meses el niño dá sus primeros pasos sin ayuda, a los 18 meses camina bien y a los 24 meses corre bien (7, 10, 11). En el estudio un 56 o/o presentó esta dificultad, yendo ésta de 15 a 27 meses; en los niños mayores de 15 meses recién, presentaban muestras de empezar con la marcha, mientras los más tiernos permanecían en brazos o no se desprendían de la madre. En lo referente a las conductas motoras finas adaptativas, el 81 o/o del grupo de estudio tuvo fallas en relación al 13 o/o del grupo control; se consideran como hallazgos significativos todos los impedimentos que presenta el niño en relación a su edad cronológica, como la imposibilidad de copiar una cruz, círculo, cuadrado, triángulo y rombo, no dibujar un hombre reconocible.

En el Cuadro 4, se observan las alteraciones en el examen clínico pedagógico. En lo concerniente al rendimiento escolar, tomando en cuenta sólo a los mayores de 6 años de edad, los cuales van a la escuela, el 75 o/o del grupo de estudio tiene dificultades en relación al 24 o/o del grupo control. Hay que considerar que el rendimiento escolar es

más bajo en los niños pobres y esta falla aparece desde el jardín y aumenta progresivamente en los años escolares, a nivel del V y VI grados, los niños pobres tienen un año o más de atraso en aritmética y lectura; el lenguaje parece tener el mismo potencial de riqueza y complejidad aunque conozca menos palabras (7); estas ideas aclaran lo que podría estar pasando con los hijos de adictos a la pasta de coca; en los denominados problemas del aprendizaje, también en niños mayores de 6 años, hay un 50 o/o en el grupo de estudio contra un 12 o/o del grupo control, pero aquí hay una situación especial por cuanto mientras las fallas son mayores en el grupo de estudio, de alteraciones clásicas de este rubro, en el grupo control tienen porcentajes muy discretos en ocasión inexistentes; así, las dislalias, que no revisten un carácter de gravedad; no obstante, si no se somete al niño a un tratamiento precoz adecuado puede traer consecuencias negativas por la influencia que ejerce en la personalidad del niño, su adaptación social y rendimiento escolar, pues las frustraciones pueden influir negativamente en su equilibrio emocional y desarrollo intelectual; la dislalia corresponde al trastorno de la articulación de los fonemas, bien por ausencia o alteración de algunos sonidos concretos o sustitución de éstos por otros de manera impropia; afecta cualquier consonante o vocal; así puede presentarse el defecto referido a un solo fonema o a varios en número indeterminado, o afectar sólo a la asociación de consonantes cuando estas aparecen unidas en una sola síla-

ba, emitiendo en este caso un de ellas. Si el lenguaje de un niño dislítico se encuentra muy afectado, puede llegar a ser incomprensible (28). En el estudio se halla un 45 o/o contra 1.7 o/o del grupo control. Las disgrafias tienen un 31.5 o/o en el grupo de estudio y 10.5 o/o en el grupo control; esta es una alteración adquirida de la escritura debida a lesión cerebral focal, la capacidad de escribir implica la participación de actividades motoras y sensoriales primarias en relación con los contenidos simbólicos que han de ser expresados, tiene una implicancia idéntica al lenguaje oral, la selección de las unidades elementales y su combinación en unidades más complejas, de acuerdo a una norma; la expresión escrita, además, tiene sus componentes espaciales específicos.

En cuanto al esquema corporal, el grupo de estudio tiene un 29.8 o/o y el de control 3.5 o/o. Este concepto hay que precisarlo, por el valor que tiene en el campo psicológico, psicopatológico y pedagógico. Así, hay sinónimos como imagen corporal, asomatognosia, experiencia de presencia; y es que en nuestro propio cuerpo hay una completa vivencia de realidad y posesión, de percepción y acción motriz que conduce a un conocimiento impregnado de una gran carga instintivo emocional. El niño va diferenciando el propio cuerpo del mundo exterior, los objetos se hacen permanentes y las experiencias internas se distinguen de las externas en la medida que el niño tiene a su disposición un sistema práctico de relaciones espaciales temporales y causales, ori-

ginándose el primer concepto del cuerpo propio, de las praxias ideomotrices y, finalmente, de las praxias constructivas (29); así como las alteraciones del conocimiento derecha-izquierda, la identificación de los dedos, a dibujar el cuerpo y errores aritméticos sencillo con los dedos. La discalculia, que es un término descriptivo utilizado para designar un desorden adquirido en la facultad del cálculo, precisararlo requiere de un examen sistemático de la desintegración del cálculo, es importante aislar los diferentes elementos semiológicos, identificarlos, darles su significación y juzgarlos en el contexto clínico; se puede dar la sustitución de una operación por otra; sustitución de contar con lugar de calcular, perseveración del dígito presentado, dar la inversa del número presentado como respuesta, alteración de la retención inmediata de los componentes del problema; todas estas fallas, se relacionan con lesiones parietales derechas, sin embargo, no excluye la posibilidad de lesión bilateral (1, 18). En el estudio se presentaron en el 22.8 o/o y 3.5 o/o de los grupos. La dislexia se presenta en el 4 o/o del grupo de estudio. Este concepto es necesario precisararlo. Pese a lo complejo de su conceptualización, se caracteriza por tres disociaciones, primero, un disturbio del proceso fonológico de la lectura, con preservación del proceso lexical de la misma; luego, por un disturbio a nivel fonológico sin alteraciones perceptivas-expresivas

y, finalmente, por un disturbio de la lectura sin trastornos comparables de la expresión, la comprensión oral, la escritura y la capacidad para deletrear correctamente fonemas agrupados que no constituyen un vocablo y no pueden ser leídos por el paciente. (30)

CONCLUSION

Como se ha demostrado, el análisis de las distintas y variadas alteraciones halladas, en el grupo de estudio en las áreas psicopatológica, pediátrica, pedagógica y el desarrollo, evidencian las alteraciones que la pasta de coca produce en la descendencia de los adictos a dicha droga.

Todo lo anterior permite delinear un perfil de tipo clínico, en los niños, hijos de dependientes a la pasta de coca, caracterizado por hiperkinesia, agresividad, enuresis primaria, sistema inmunológico deficiente, alteraciones morfológicas poco comunes, medidas antropométricas inadecuadas, retraso en la adquisición inicial del lenguaje y la deambulación, rendimiento escolar deficiente y problemas del aprendizaje.

Finalmente, es importante mencionar que se ha logrado reunir, por primera vez, en el campo de la dependencia a drogas en nuestro medio, una cohorte de niños, hijos de adictos a la pasta de coca, en los cuales se pueden realizar estudios longitudinales y seguirlos en el tiempo.

REFERENCIAS

1. AJURIAGUERRA, de J. (1976), "Manual de Psiquiatría Infantil" Editorial Toray—Masson, Barcelona.
2. AJURIAGUERRA, de J. & MARCELLI, D. (1982), "Manual de Psicopatología del Niño" Editorial Toray—Masson, Barcelona.
3. ANTHONY, J. & EISENBERG, L. FISH, B. (1978), "El niño neurótico, sociopata y psicótico" Editorial Paídos, Buenos Aires, Argentina.
4. ARAMAYO, G. & SANCHEZ, M. (1980), "Manifestaciones clínicas del consumo de pasta de cocaína" En cocaína, 1980 Editor F.R. Jerí, Lima—Perú.
5. ARELLANO, P. (1978), "Simposio sobre los efectos de la pasta de coca" Facultad de Medicina de la UNMSM, Inédito, 18 de febrero 1978, Lima—Perú.
6. ARIAS RODRIGUEZ, R. (1986), "Estudio de algunas funciones psicológicas y clínicas en la descendencia de farmacodependientes a pasta básica de cocaína" Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
7. BEE, H. (1978), "El desarrollo del niño" Editorial Harla, México, D.F.
8. CASTRO DE LA MATA, R. (1980), "Efectos de la cocaína sobre el sistema nervioso central" En cocaína, 1980, Editor F.R. Jerí, Lima—Perú.
9. FREEDMAN, A.; KAPLAN, H. & SADOCK, B. (1977). "Compendio de psiquiatría" Editorial Salvat, Barcelona.
10. GESELL, A.; ILG, F. & AMES, L. (1977), "Psicología evolutiva de 1 a 16 años" Editorial Paídos, Buenos Aires, Argentina.
11. GESELL, A. & AMATRUDA, C. (1981), "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño" Editorial Paídos, Barcelona.
12. GUTIERREZ, V. (1984), Niños excepcionales: etiología, detección y prevención" Impreso Centro Proyección Cristiana, Lima—Perú.
13. HARRISON'S, WINTROBE, M. THOM, J. (1976), "Principles of internal medicine" Editorial Mc. Graw Hill, Sixth Edition, New York.
14. JERI, R.; SANCHEZ, E.; DEL POZO, T. & FERNANDEZ, M. (1978), "El síndrome de la pasta de coca" Revista Sanidad Ministerio del Interior. Volumen 39, enero—abril No 1 Lima—Perú.
15. JERI, F.; SANCHEZ, C.; DEL POZO, T.; FERNANDEZ, M. & CARBAJAL, C. (1980), "Nuevas observaciones sobre los síndromes producidos por fumar pasta de coca" En cocaína 1980, Editor F.R. Jerí, Lima—Perú.
16. JERI, R. (1984), "La práctica de fumar pasta de coca en algunos países de América Latina: una toxicomanía grave y generalizada" Boletín de estuperficientes. Volumen XXXVI No 2 abril—junio, Nueva York.
17. MAC DONALD, C. (1981), "Discalculia" Enciclopedia de Psicología Médica (Stephen Krauss) Editorial El Ateneo, Barcelona.
18. MORALES—VACA, M. (1984), "Un enfoque de laboratorio sobre la cocaína en Bolivia" Boletín de estuperficientes. Volumen XXXVI No. 2 abril—junio, Nueva York.
19. NELSON, W.; VAUGHAN, V. & MC KAY, J. (1974), "Tratado de pediatría" Editorial Salvat, Barcelona.
20. OLIVER, E. (1984), "Farmacodependencia: manual sobre el uso y abuso de las drogas" Programa Académico de Medicina Humana, Departamento de Psiquiatría, UNMSM, Lima—Perú.
21. OLIVER, E. (1984), "Pasta Básica de cocaína y descendencia". Trabajo de incorporación a la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía. Lima, Perú. Inédito.
22. OLIVER, E. (1985), "Estudio en hijos de farmacodependientes a pasta básica de cocaína" III Jornadas Médico—Quirúrgicas, Hospital Daniel A. Carrión, Callao—Perú. Inédito.

24. OLIVER, E. (1986), "Psicopatología de la adicción a la pasta de coca" Revista de la Facultad de Psicología, Año 1, No. 1, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú.
25. OLIVER, E. & ARIAS, R. (1982), "Pasta básica de cocaína, sustancia teratogénica" VII Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima-Perú. Inédito.
26. OLIVER, E. & ARIAS, R. (1982), "Algunas alteraciones del desarrollo observados en la descendencia de consumidores de pasta básica de cocaína" VII Congreso Nacional de Psiquiatría, Lima-Perú. Inédito.
27. PALY, D.; JATLOW, P.; VAN DYKE, C. JERI, F.R. & BYCK, R. (1980), "Cocaína: niveles plasmáticos después de fumar pasta de cocaína" En cocaína 1980 Editor F.R. Jeri, Lima-Perú.
28. PASCUAL, P. (1981), "La dislalia, naturaleza, diagnóstico, rehabilitación" Editorial Cepe, Madrid.
29. PEÑA, J. & BARRAGUER, LI. (1983), "Neuropsicología" Editorial Toray, Barcelona.
30. QUIROS de JULIO, B. & DELLA C., M. (1965), "La dislexia en la niñez" Editorial Paídos, Buenos Aires Argentina.
31. SMITH, D. & BIERMAN, E. (1975), "Las edades biológicas del hombre, desde la concepción hasta edad avanzada" Editorial Interamericana, México, D.F.
32. SOKOLOV, M. & JAWETZ, E. (1977), "Corazón y grandes vasos" Capítulo VIII en diagnóstico y tratamiento Editorial Manual Moderno, México, D.F.
33. STRAUSS, A. LEHTINEN, L NEWELL, K (1979), "Psicopatología y educación del niño con lesión cerebral" Editorial Eudeba Buenos Aires, Argentina.
34. THOMAS, J. (1985), "Cooperación latinoamericana contra los narcóticos" Documento (USIS) Servicio Cultural e Informativo de los Estados Unidos de América No 3-85 marzo. Embajada USA, Lima-Perú.
35. VELASCO, R. (1980), "El niño hiperkinético, los síndromes de disfunción cerebral" Editorial Trillas, México D.F.

Dirección Postal:
Av. Arequipa 2080
Oficina 406, Lince
Tfno. 708343