

PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE ADOLESCENTES CONSUMIDORES DE DROGAS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

Milagros Toledo¹

En el presente trabajo se busca determinar las características sociodemográficas y clínicas de 63 adolescentes consumidores de drogas atendidos en el Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente (DSMNA) del Hospital Hermilio Valdizán, quienes acudieron a consulta externa.

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se revisaron las historias clínicas de los adolescentes y la información requerida se registró en un instrumento denominado "Ficha integral de Psiquiatría Infantil", que permitió consolidar información de la ficha de triaje y de la Historia clínica semiestructurada del DSMNA.

Los resultados muestran una población adolescente conformada por varones (70 %), entre 14 y 15 años (70 %), procedentes de los distritos de la jurisdicción del Hospital (67 %) e instrucción secundaria (79 %).

Los adolescentes son referidos al hospital por familiares (22 %), siendo la madre la persona responsable (68 %), proceden de familias incompletas (43 %), vivieron durante los 3 primeros años con ambos padres (73 %); pero al momento de la consulta estaban separados (59 %). También se halló el antecedente familiar de farmacodependencia (57 %).

Los adolescentes acuden con un tiempo de enfermedad menor de 12 meses (72 %), en tanto que consumen una droga (59 %), dos drogas (31 %) y múltiples drogas (10 %). Entre las más utilizadas están el alcohol, la marihuana y los disolventes volátiles. El tratamiento fue farmacológico - psicoterapéutico (59 %) y ambulatorio (90 %).

Palabras clave: Adolescencia, Drogas, Tratamiento

The present essay tries to determine the Social demographic and clinical characteristics of 63 teenage drug consumers assisted in the DSMNA of Hemilio Valdizán Hospital, who attended an external consultation.

A descriptive and retrospective study was made and the clinical histories were reviewed and the information needed was stored in a tool called "Integral File Card of Child Psychiatry" which let us consolidate information of the Clinical History.

The results show a teenage population of men (70 %), between 14 and 15 years old (70 %), coming from the districts belonging to the hospital (67%), with high school studies (79 %).

The teenagers are taken to the hospital by their relatives (22 %); the mother is the person who is responsible (68 %), some of them come from incomplete families (43 %) and at the moment of the consultation parents were separated (59 %). Besides it was found familiar antecedent of drug dependence (57 %).

The teenagers who attend the Hospital, have been with illness for less than 12 months (72 %); while some consume one kind of drug (59 %), two drugs (31%) and several drugs (10%). Among the drugs which are consumed are alcohol, marihuana and volatile dissolvers. The treatment was pharmacological and psychotherapy (59 %) and ambulatory (90 %).

Key words: Adolescence, Drugs, Treatment.

¹ Psiquiatra, Hospital Hermilio Valdizán. Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente.

El conocimiento epidemiológico de los diversos trastornos mentales puede lograrse por medio de tres enfoques complementarios:

- 1) con el monitoreo continuo de la morbilidad psiquiátrica en los servicios de salud;
- 2) en los estudios de población, y
- 3) en la investigación de los factores etiológicos o de riesgo.

La prevalencia e incidencia del consumo de drogas en adolescentes ha sido estudiada en poblaciones, sin embargo existe escasa información sobre la morbilidad por uso de drogas a nivel de los servicios de salud. En tal sentido, el presente estudio desea contribuir al conocimiento de las características sociodemográficas y clínicas de los adolescentes consumidores de drogas que acuden a tratamiento al hospital Hermilio Valdizán.

Según la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes se encuentran comprendidos entre los 10 y 19 años, etapa crítica de desarrollo psicosocial, biológico y cultural; otros autores la dividen en tres etapas: la adolescencia temprana, entre los 11 y 14 años; la adolescencia media, de 15 a 16 años; y la adolescencia tardía, de los 17 a los 20 años. Este desarrollo se da en un marco social concreto, en el cual se suceden etapas enriquecedoras, estabilizadoras y generalmente problemáticas; como el consumo de drogas.

Entre las características evolutivas del adolescente que constituyen factores de riesgo para el consumo, están: la necesidad de reafirmación que los llevan a consumir drogas como un vínculo social, la necesidad de transgresión que se hace evidente con su uso, como un acto de provocación frente al mundo adulto; la necesidad de integrarse al grupo de pares donde la droga puede ocupar una función importante; la conducta temeraria resultado del egocentrismo y de la búsqueda de nuevas sensaciones; la necesi-

dad de autonomía y la susceptibilidad frente a las presiones del entorno.

También es necesario mencionar que existe una realidad social de los adolescentes actuales que suele caracterizarse por una tendencia al hedonismo “ante todo hay que pasarlo bien y divertirse”, el presentismo “vivir aquí y ahora”, la búsqueda de la transformación de los estados de ánimo a través de “sustancias”, la impulsividad, el individualismo, el bajo nivel de tolerancia a la frustración, etc. lo que conlleva a usar la droga como un instrumento que les permite conseguir un estado de ánimo agradable, generalmente en el contexto de diversión en grupo, compartiendo sensaciones nuevas y el refuerzo positivo de los pares. Por lo tanto el problema del consumo de drogas en el adolescente resulta de la compleja interacción del contexto sociocultural (hogar, escuela, barrio, recreación, medios de comunicación, etc.).

El perfil de los adolescentes que inician el consumo de drogas se caracteriza por ser temprano, generalmente son estudiantes, dependen de la familia, usan socialmente alcohol, el consumo está relacionado a diversión, lo hacen los fines de semana, sin percepción de riesgo, con escaso autocontrol y argumentos donde generalizan el uso de drogas en su grupo etéreo.

La multiplicidad de factores de orden biológico, social y psicológico puede proteger o favorecer el inicio del consumo de drogas y la continuación del mismo. Estos factores han sido denominados factores protectores y factores de riesgo, los cuales se entrelazan dinámicamente y son diferentes para cada comunidad. Entre los factores de riesgo de orden individual se encuentran la edad, la falta de religiosidad, la impulsividad, el uso temprano de alcohol y tabaco, una autoimagen negativa, la depresión y la presencia de comportamientos transgresores. Asimismo, entre los factores de orden familiar se mencionan actitudes y hábitos permisivos con

respecto a las drogas, manejo inadecuado de la disciplina, mala calidad en las relaciones entre padres e hijos, falta de afecto e indiferencia y comunicación inadecuada en el hogar. También se incluye situaciones sociales que pueden convertirse en factores de riesgo, como la disponibilidad de drogas lícitas e ilícitas, los medios de comunicación como promotores de consumo y los cambios que se presentan en la escala de valores.

La cadena de consumo en adolescentes frecuentemente se inicia con el alcohol y el tabaco, seguida por las drogas ilícitas, siendo la más consumida la marihuana, seguida por la pasta básica de cocaína, inhalantes y otras drogas en menor proporción, con una peligrosa tendencia de incremento en sus prevalencias. Algunos estudios han determinado que los años transcurridos desde el inicio de consumo hasta la demanda de ayuda es de 5 a 10 años aproximadamente. En los adolescentes se presenta generalmente abuso de drogas como alcohol, tabaco, marihuana, PBC, etc., o combinación de dos o más drogas; mientras en los adultos es más frecuente la dependencia a drogas.

El tratamiento y la rehabilitación de adolescentes requieren de servicios de salud especializados, que cuenten con programas ambulatorios y ambientes adecuados para internamiento, en casos de pobre control de impulsos, conductas destructivas o síndromes psicóticos asociados.

Un estudio de la Universidad de Pittsburg identificó 6 criterios de internamiento infanto juvenil:

- 1) ataques agresivos hacia otras personas,
- 2) agresividad hacia animales y objetos,
- 3) enfermedad con deterioro rápido pese a recibir tratamiento ambulatorio adecuado,
- 4) estado psicótico desorganizado que requiere internamiento para iniciar el tratamiento;

- 5) situación patológica en la familia del paciente que impide realizar el tratamiento sin el internamiento y
- 6) necesidad de observación y evaluación continua que sólo puede realizarse en un hospital para estabilización o para tratar un cuadro de alcoholismo o drogadicción.

METODO

Muestra

Se trabajó con las Historias Clínicas de 63 adolescentes consumidores de drogas que acudieron por primera vez al Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente del Hospital Hermilio Valdizán, desde Enero de 1998 hasta Agosto del 2001. En el estudio se excluyeron pacientes continuadores.

Instrumentos y Procedimiento

Se obtuvo la relación de adolescentes consumidores de drogas registrados en el Libro de pacientes nuevos del DSMNA, luego se procedió a revisar sus historias clínicas y se consolidó la información en un instrumento diseñado para tal propósito denominado "Ficha Integral de Psiquiatría Infantil", la cual previamente fue validada por un grupo de expertos.

La ficha de registro se elaboró en base al formato de triaje y a la historia clínica semi-estructurada utilizada en el Departamento. Las variables del estudio fueron:

- Sexo
- Edad
- Lugar de procedencia
- Grado de instrucción

- Tipo de referente
- Persona responsable en la actualidad
- Tipo de familia
- Persona con quien vivió en los tres primeros años
- Situación conyugal actual de los padres
- Antecedente familiar de fármaco-dependencia
- Tiempo de consumo de drogas
- Tipo de sustancia consumida
- Tipo y modalidad de tratamiento.

RESULTADOS

Cuadro N° 1. Distribución por sexo de los adolescentes consumidores de drogas

SEXO	N°	%
Masculino	44	70
Femenino	19	30
Total	63	100

La distribución por sexo, como demuestra el cuadro 1, pone de manifiesto un predominio de pacientes de sexo masculino (70%) y un número minoritario de pacientes de sexo femenino (30%).

Cuadro N° 2. Distribución de la muestra por edad

EDAD (años)	N°	%
10	1	2
12	3	5
13	6	9
14	12	19
15	32	51
16	9	14
Total	63	100

En la distribución por edad se observa un predominio de consumo de drogas a los 15 años (51%), seguido de los adolescentes de 14 años (19%). Los otros grupos de edad evidencian una menor presencia en la composición de la muestra.

Cuadro N° 3. Distribución por lugar de procedencia de los adolescentes consumidores de drogas

Lugar de procedencia	N°	%
Vitarte	15	24
Santa Anita	7	11
San Juan de Lurigancho	6	10
La Victoria	5	8
Chaclacayo	4	6
El Agustino	3	5
Lima	3	5
Rimac	3	5
La Molina	2	3
Comas	2	3
Callao	2	3
San Juan de Miraflores	2	3
Villa María del Triunfo	2	3
Otros	7	11
Total	63	100

En el cuadro 3 se observa que el 67% de adolescentes proceden de distritos que corresponden a la jurisdicción del hospital, mientras el 33% provienen de otros distritos como San Juan de Lurigancho, Comas, Callao, etc.

Cuadro N° 4. Distribución por grado de instrucción de los adolescentes consumidores de drogas

Grado de instrucción	N°	%
Educación especial	1	2
Tercer Año de primaria	5	8
Cuarto Año de primaria	2	3
Quinto Año de primaria	5	8
Primero de Secundaria	12	19
Segundo de Secundaria	13	21
Tercero de Secundaria	8	12
Cuarto de Secundaria	15	24
Quinto de Secundaria	2	3
Total	63	100

Este cuadro revela el predominio de adolescentes con educación secundaria (79 %), siendo manifiesta la presencia de estudiantes del cuarto año (24 %) y del segundo año (21 %). Cabe señalar que el 19 % de la muestra tiene educación primaria, seguido de un 2 % con educación especial.

Cuadro N° 5. Distribución por Tipo de referencia de los adolescentes consumidores de drogas

Persona o Institución de referencia	N°	%
Familiares	14	22
Amigos	12	19
Profesor	8	13
CEDRO	8	13
Psicólogo	7	11
DEMUNA	5	8
Médico	3	5
Fiscalía	2	3
Otros	4	6
Total	63	100

Del total de la muestra, se observa que el mayor número de referencias fue realizado por familiares (22 %), por amigos (19 %) y por CEDRO (13 %). También es importante la referencia hecha por los profesores y por profesionales de la salud (psicólogo, médico).

Cuadro N° 6. Persona Responsable de los adolescentes consumidores de drogas.

Persona Responsable	N°	%
Madre	43	68
Padre	13	21
Otro	7	11
Total	63	100

El cuadro anterior muestra que la madre es, en la mayor parte de los casos, la persona responsable de los adolescentes que consumen drogas. (68 %), mientras el padre ocupa un segundo lugar bastante alejado del caso anterior (21 %) y, en tercer lugar, la responsabilidad recae en otra persona (11 %).

Cuadro N° 7. Tipo de familia de los adolescentes consumidores de drogas.

Tipo de Familia	N°	%
Incompleta	27	43
Nuclear	20	32
Extendida	16	25
Total	63	100

Con referencia al tipo de familia se observa que un porcentaje significativo constituye un tipo de familia incompleta (43 %), seguido por el tipo de familia nuclear (32 %) y, en un tercer término, un porcentaje menor de familia extendida (25 %).

Cuadro N° 8. Persona con quien vivió en los tres primeros años

Persona que lo crió	N°	%
Ambos padres	46	73
Madre sola	14	22
Padre solo	2	3
Abuela Materna	1	2
Total	63	100

El cuadro evidencia, en la mayoría de los casos, el cuidado por ambos padres en los tres primeros años (73 %). También se revela un porcentaje nada desdeñable donde la crianza estuvo sólo a cargo de la madre (22 %), y un porcentaje bastante menor sólo a cargo del padre (3%).

Cuadro N° 9. Situación conyugal actual de los padres del adolescente consumidor de drogas

Situación conyugal	N°	%
Separados	37	59
Juntos	20	32
Con un progenitor fallecido	6	9
Total	63	100

El cuadro anterior muestra que los adolescentes, en un porcentaje significativo, tenían padres separados (59%), en menor medida adolescentes con los padres juntos (32 %) y un porcentaje más bajo de adolescentes con un progenitor fallecido (9 %).

Cuadro N° 10. Antecedente familiar de farmacodependencia en los adolescentes consumidores de drogas

Antecedente familiar de Farmacodependencia	N°	%
Con antecedente	36	57
Sin antecedente	27	43
Total	63	100

En la muestra estudiada, se evidencia antecedente familiar de farmacodependencia en un número mayoritario de los casos (57 %) y, en un segundo término, un porcentaje también importante sin antecedente familiar de consumo de drogas (43 %).

Cuadro N° 11. Distribución según tiempo de enfermedad de la muestra

Tiempo de enfermedad (meses)	N°	%
< de 3	16	25
De 4 a 6	4	6
De 7 a 12	26	41
De 13 a 23	3	5
De 24 a 35	9	15
De 36 a 48	5	8
Total	63	100

El cuadro 11 muestra que el tiempo de enfermedad de los adolescentes al momento de la primera consulta está focalizado de una manera importante entre los 7 y 12 meses (41 %); también se ponen de manifiesto porcentajes visibles en los períodos correspondientes a menos de 3 meses (25 %) y más de 13 meses (28 %).

Cuadro N° 12. Distribución según tipo de sustancia consumida por los adolescentes

Tipo de sustancia consumida	N°	%
Alcohol	6	10
Marihuana	13	21
Pasta Básica de Cocaína	4	6
Disolventes volátiles	14	22
Alcohol + Marihuana	7	11
Alcohol + D. Volátiles	4	6
Alcohol + PBC	3	5
Marihuana + PBC	5	8
Marihuana + D. Volátiles	1	1
Múltiples drogas	6	10
Total	63	100

En el cuadro 12 se muestra las diversas sustancias que consumen los adolescentes; una sola droga (59 %), dos drogas (31 %) y múltiples drogas (10 %). Las drogas más consumidas son alcohol, marihuana y disolventes volátiles.

Cuadro N° 13. Tipo de tratamiento recibido

Tipo de Tratamiento	N°	%
Psicoterapéutico	26	41
Farmacológico y Psicoterapéutico	37	59
Total	63	100

En el presente cuadro observamos que los adolescentes recibieron tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (59%) y únicamente tratamiento psicoterapéutico (41%).

Cuadro N° 14. Modalidad de Tratamiento de los adolescentes consumidores de drogas

Modalidad de tratamiento	N°	%
Internamiento hospitalario	6	10
Ambulatorio	57	90
Total	63	100

En el presente cuadro observamos que se brindó tratamiento ambulatorio en la mayor parte de los casos (90 %), mientras que sólo un porcentaje minoritario accedió a un internamiento (10 %).

DISCUSION

En el Perú, el consumo de drogas es un problema de salud pública que está incrementándose alarmantemente en los adolescentes, ya sea en su forma de consumo social, abuso o dependencia. Los estudios epidemiológicos demuestran que aunque el sexo masculino sigue siendo el grupo de mayor impacto, el consumo femenino tiende al aumento. En la muestra se encontró predominio del sexo masculino (70 %).

Mientras la edad media del inicio de consumo de bebidas alcohólicas y de cigarrillo está entre los 12 y los 15 años de edad, con una tendencia a ser cada vez más temprana, los adolescentes que acudieron a consulta externa se encontraban en la etapa de adolescencia media entre los 15 y 16 años (65 %) y en la etapa de adolescencia temprana (33 %). Cabe señalar que los adolescentes mayores de 16 años 6 meses son atendidos en la Consulta Externa de adultos, según la normatividad institucional.

Entre los factores de riesgo para consumo de drogas en adolescentes, se ha señalado el

nivel socioeconómico bajo. Los adolescentes de éste estudio proceden de barrios populares como Vitarte, Santa Anita, San Juan de Lurigancho, La Victoria y el Agustino, entre otros, donde se observa la emergencia de patología social, alcoholismo y violencia. Cabe señalar que el 67 % proceden de distritos de la jurisdicción del Hospital y son referidos principalmente por familiares, amigos o por instituciones como CEDRO, DEMUNA, fiscalía, etc.

Con respecto al grado de instrucción, se ha observado que a mayor edad también se incrementa el porcentaje de adolescentes que han probado drogas alguna vez. Este hallazgo también es concordante con el estudio, donde los mayores porcentajes se encontraron en cuarto año de secundaria (24 %), en segundo año (21 %); mientras los de educación primaria (19 %) habían abandonado los estudios.

La prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia temprana e intermedia es relevante y diversos autores han señalado el papel importante de la familia, fundamentalmente las relaciones entre padres y adolescentes, en el uso frecuente de drogas ilegales.

En las familias de farmacodependientes se han encontrado problemas de funcionalidad caracterizados por: problemas de separación-individuación, inversión de jerarquías tradicionales, figura paterna ausente y emocionalmente distante del hijo, presencia de una madre indulgente y simbiótica, organización familiar rígida e inadecuada relación entre padres e hijos, entre otras.

En el presente trabajo se hace mención a los tres tipos de estructura familiar: la familia **nuclear** conformada por ambos progenitores e hijos, la familia **extendida** aquella que incluye además de padres e hijos a otros familiares y la familia **incompleta** donde falta uno o ambos progenitores. Se encontraron familias incompletas

(43 %), generalmente a cargo de la madre y familias nucleares (32 %). Estos adolescentes vivieron con ambos padres durante los 3 primeros años (73 %) y con la madre sola (22%); al momento de la atención los padres estaban separados (59 %) o alguno de ellos estaba fallecido (9 %). Estos hallazgos evidencian ausencia paterna y probablemente ausencia de cuidado e inadecuada relación entre padres e hijos. Coombs y Ladsverk encuentran que el rol paterno, en cuanto al poder de decisión de la familia, es determinante para impedir la implicancia de los hijos en las drogas. Harbin y Maziar (1975) describen al padre del farmacodependiente como una figura ausente y emocionalmente distante del hijo; Kaufman señala que las madres son indulgentes, sobreinvolucradas y por momentos simbióticas. Mientras Seldin (1972) encontró una alta incidencia de familias de origen quebrantadas por divorcio, separación o una patente hostilidad entre los padres. Friedman (1980) también encuentra una correlación positiva entre la disfuncionalidad familiar y el desarrollo de farmacodependencia en los hijos.

Los estudios también señalan que el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas por parte de los padres es un factor de riesgo familiar, lo que coincide con la muestra en la cual un 57 % tiene antecedente familiar de dependencia; siendo el parentesco de padre, hermano o tío. Las drogas más usadas en ellos fueron alcohol, marihuana y PBC. En el alcoholismo se ha demostrado la importancia del factor genético, observándose una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de los hijos de alcohólicos a tener la misma enfermedad.

En el presente trabajo se registró como motivo de consulta el consumo de drogas, cambio de conducta y bajo rendimiento escolar. El tiempo de enfermedad fue menor de 12 meses en el 72 % de los casos, mientras que el 23 % tenía un tiempo de enfermedad entre 1 y 3 años. Según la Décima Clasificación de Enfermedades,

el diagnóstico de dependencia sólo puede hacerse si durante los 12 meses previos se han presentado tres de los siguientes síntomas: compulsión por consumir, incapacidad para controlar el inicio o el término de una sustancia, presencia de un síndrome de abstinencia, tolerancia a la sustancia, abandono de otras actividades que generan diversión o persistencia de consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales.

Con referencia al tipo de drogas consumidas, en esta muestra se encontró el consumo de una droga en el 59 % de los casos, mientras que un 41% de adolescentes presentaba el consumo de dos o más drogas (41%) en períodos de tiempo relativamente cortos. Entre las drogas más consumidas, solas o en combinación con otras, están el alcohol, la marihuana y los disolventes volátiles. Anicama (2001) en un estudio con escolares de 11 a 19 años, encontró entre las drogas más consumidas: 14.5 % alcohol, 6.6 % marihuana, 5.7 % otro tipo de droga y 2.2 % de cocaína. Mención aparte merece el abuso de disolventes volátiles en adolescentes, relacionado a comunidades con altas tasas de desempleo, pobreza, separaciones maritales y familiares, ausencia de supervisión adulta, con limitadas posibilidades de recreación, etc.; siendo su consumo más frecuente en aquellos “adolescentes de la calle”. En la muestra se ve con preocupación que el consumo de disolventes volátiles llega a 29 % y el de marihuana a 41 %, en consumo único o asociado a otras drogas.

Estos hallazgos evidencian que los adolescentes que llegan al tratamiento hospitalario generalmente por abuso o dependencia, tienen mayores factores de riesgo: biológico, familiar y social, y requieren de intervenciones médicas y psicoterapéuticas inmediatas. El tratamiento empleado fue farmacológico y psicoterapéutico en el 59 %; siendo necesario la prescripción de fármacos en aquellos adolescentes con síndrome de abstinencia o con una marcada agresivi-

dad. Se utilizó la modalidad de tratamiento ambulatorio (90 %), y de hospitalización (10%) para el manejo de síndromes de abstinencia severos y alteraciones conductuales graves, como conducta destructiva hacia sí mismo o hacia terceros. Se internaron 6 adolescentes, 4 varones y 2 mujeres, estuvieron hospitalizados de 30 a 70 días; mientras dos adolescentes varones salieron por alta administrativa antes del mes.

Cabe señalar que los servicios de salud tradicionales, dirigidos a adultos, tienen ciertas características físicas y organizacionales que contribuyen al rechazo de los adolescentes y sus familias. Frente a esta situación es necesario un cambio de filosofía en la atención de los adolescentes, privilegiando la promoción y prevención centrada en la familia y brindando una atención especializada a nivel de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

- La farmacodependencia es un problema de salud pública en el país, sin embargo los servicios de salud y los programas de atención especializada para adolescentes son aún limitados en cobertura y calidad.
- Es necesario realizar mayores estudios de investigación en la población adolescente con consumo de drogas tanto a nivel comunitario como clínico.
- Se requiere uniformizar criterios de registro a fin de poder intercambiar información objetiva entre los diferentes servicios de salud que brindan atención a adolescentes por consumo de drogas, incluidas las Comunidades Terapéuticas.
- Es necesario el diseño y la implementación de programas preventivos selectivos dirigidos a adolescentes con mayores factores de riesgo.

REFERENCIAS

- Arbex, S. (2003). *Guía de Intervención: Menores y consumo de drogas*. Madrid: Asociación de Técnicos para el desarrollo de programas Sociales.
- Becoña E. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- CEDRO.(2001). *Experiencias Internacionales en la Prevención del uso indebido de drogas*. Lima: Centro de Ediciones del Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas.
- CEDRO.(2003). *El problema de las drogas en el Perú*. Lima: Centro de Ediciones del Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas.
- CEDRO.(2003). *Factores de Riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. Lima: Centro de Ediciones del Centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas.
- Galanter, M. y Cléber, H. (1997). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press*. Barcelona: Masson.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Kaplan, H. (1998). *Tratado de Psiquiatría*. Argentina: Intermedica
- OMS. (1992) *CIE 10: Trastornos Mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- OPCION.(2000). *Fundamentos teóricos de las adicciones*. Lima: Corporación Peruana para la prevención de la problemática de las drogas y la niñez en alto riesgo social.
- Rice, P.(2000). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura*.Madrid: Prentice Hall.