

UNAM

11241

12
2 ej*


Facultad de Medicina

TESIS PARA
ALCANZAR ESPECIALIDAD
EN PSICUATRIA


de Guadalupe.

AUTOR DRA DULCE MA MARTINEZ LOPEZ
ALUMNO DEL CURSO LIBRE UNAM
ADSCRITO AL HOSPITAL PSIQUIATRICO
FRAY BERNARDINO ALVAREZ

TESIS CON
FALSA


TUTOR DR CARLOS J CASTANEDA GONZALEZ
DIRECTOR HOSPITAL PSIQUIATRICO
FRAY BERNARDINO ALVAREZ

PSICOLOGIA
MEDICA
DPTO DE PSIQUIATRIA
Y SALUD MENTAL
[Signature]


ASESOR DR CARLOS TORNER AGUILAR
INVESTIGADOR HOSPITAL PSIQUIATRICO
FRAY BERNARDINO ALVAREZ

FEBRERO 29, 1992.

V. b. Alejandro S.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TITULO: ASPECTOS SOCIO-FAMILIARES EN RELACION CON FACTORES PSIQUICOS EN EL DESARROLLO DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MENORES DEL PROGRAMA DE PAIDEIA.

AUTOR: DRA. DULCE MARTINEZ LOPEZ
ALUMNA DE CURSO LIBRE DE PSIQUIATRIA
U.N.A.M. ADSCRITA AL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

INTRODUCCION:

Los psicodislépticos pueden ser definidos como sustancias que administradas en dosis no tóxicas crean gran distorsión en la percepción sin alteraciones significativas de la conciencia; éstas distorsiones frecuentemente incluyen alucinaciones que pueden provocar profundos cambios en el talante, el pensamiento y la conducta, remediando síntomas y signos vistos en las psicosis.

La dependencia a las drogas es, según el comité de expertos de la OMS. "Un estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento. Esta interacción se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que impulsan fuertemente al sujeto a tomar la droga de una forma continuada o periódica a fin de obtener los efectos psíquicos que la misma le produce, así como, en algunos casos, para evitar el malestar que le ocasiona su privación. Este estado puede acompañarse o no de tolerancia, un mismo individuo puede ser dependiente de varios fármacos".

La dependencia psíquica se caracteriza por el impulso a tomar la droga de una forma periódica o continua, a fin de obtener el placer que la misma proporciona, o eliminar a través de ella, un estado de malestar. La dependencia psíquica es el factor más importante en la intoxicación crónica por muchas drogas, la utilización crónica de ciertas drogas da lugar a dependencia física (o adicción) que la OMS define como "un estado de adaptación que se manifiesta por intensos trastornos físicos, que se presentan cuando se suspende la administración de un antagonista específico". Ligado a la dependencia física se halla el síndrome de abstinencia, que es el conjunto de síntomas desagradables o dolorosos que se presentan en aquellos que han desarrollado una dependencia física en el momento de la supresión de la droga que toman habitualmente.

En la actualidad el uso y abuso de sustancias tóxicas constituye un serio problema de Salud Pública que repercute en el índice de bienestar bio-psico-social del individuo y su familia en una interrelación compleja: "individuo-sociedad".

La farmacodependencia requiere la interacción de varios factores: disponibilidad del psicodisléptico, la presencia de un sujeto susceptible, el cual debe tener un perfil que trataremos de delimitar en el presente estudio, ubicado en un contexto socio-familiar desfavorable; independientemente de la sustancia a la que un individuo o grupo se adhiera, la farmacodependencia es un problema multidimensional que se origina por el consumo excesivo y voluntario de una droga que actúa sobre el sistema nervioso central.

Desde éste punto de vista las adicciones cumplen una función integradora de los nexos grupales propios de cada cultura y por lo tanto no puede considerarse solamente como una enfermedad.

Finalmente es necesario conocer el tipo de sustancia preferentemente usada por cada grupo de población por estudiar de acuerdo a sexo, edad, escolaridad, etc. así como el deterioro que en nuestra población causa el tipo de drogas usadas.

ANTECEDENTES:

Desde la antigüedad se han utilizado sustancias con efecto directo sobre el sistema nervioso central, con fines diversos en situaciones tales como: la guerra, competencias deportivas, ceremonias religiosas, etc. Entre griegos, romanos, pueblos orientales, Mesoamérica, y Sudamérica, se han utilizado desde tiempos inmemoriales sustancias tales como: alcohol, hachis, opio, coca, peyote, hongos, etc.

En nuestro país el uso de psicodislépticos se remonta a la época precolombina, estando incluso "legislado" su uso: mientras que el uso de bebidas embriagantes era permitido entre los ancianos, su uso entre individuos jóvenes era duramente castigado, el uso de peyote entre los coras y huicholes se ha delimitado a la época de fiestas religiosas, en tanto que los brujos y chamanes de la mayor parte de los pueblos de nuestro país han utilizado desde la época precolombina los hongos alucinógenos como inductores de "estados oníricos" en los que tienen "contacto con seres sobrenaturales" que les ayudan en las actividades requeridas (curaciones, adivinación, etc)

Durante la Colonia, continuaron usándose las drogas mencionadas en ésta forma, hacia 1886 se inicia en México el primer estudio farmacodinámico y farmacocinético de la marihuana, estudio iniciado por el bachiller Genaro Pérez, llamando la atención de los estudiosos de la época.

En Europa, durante los siglos XVII y XVIII, se inician los estudios farmacológicos iniciales de las drogas, entre ellas, múltiples alcaloides, iniciando la venta masiva de sustancias potencialmente adictivas con lo que se inicia el abuso de sustancias en forma yatrogénica, más tarde, al descubrir los efectos adictivos de los alcaloides, se inicia la restricción oficial de su venta al público.

Un siglo después, durante la Segunda Guerra Mundial, se inicia el abuso de sustancias tranquilizantes entre los soldados, difundiéndose lentamente durante los siguientes 20 años, hasta que en la década de los sesentas su uso se extiende entre gente joven a nivel mundial. fenómeno complejo que hasta la actualidad se mantiene en forma de pandemia, aunque las sustancias utilizadas han ido cambiando, desde los alucinógenos, drogas preferentes de los 60's, a la marihuana y los inhalantes, drogas preferentes en los barrios bajos de las grandes ciudades.

Las dimensiones que más importantemente reflejan su naturaleza pluricausal son:

La Social: que se refiere al contexto social y cultural en el que se presenta. La sociología médica ha identificado algunos factores sociales que favorecen la aparición de las adicciones: migración, desorganización social, crisis económica (pobreza),

desempleo, transculturalización, hacinamiento, de integración familiar, actitudes que favorecen conductas adictivas (medios masivos de comunicación). etc.

Por otra parte, la antropología médica ha detectado factores y procesos que influyen en el modo que los individuos y grupos son afectados por las adicciones y cómo responden a ellas.

Al respecto, los miembros de la subcultura de la adicción mantienen mecanismos de cohesión social similares a los de la cultura mayor, ya que se estructuran y validan también jerarquías y roles ya sean éstos de poder, de consumo moderado o excesivo, de legalidad-ilegalidad, de almacenamiento y control, etc.

Dimensión Familiar: La estructura familiar más frecuente en la adicciones es la que se muestra con el involucramiento exagerado de uno de los padres (sobreinvolucración o codependencia?) mientras el otro progenitor se mantiene en la periferia. También se observa lo que Haley denominó como triángulo perverso. Los límites entre los subsistemas son difusos así como la diferenciación entre lo bueno y lo malo alrededor del cual abundan los mensajes contradictorios. Otras familias de adictos muestran pautas de interacción semejantes a las de maniacos-depresivos y anoréxicas, las cuales se caracterizan por su desorganización defensiva que les impide decidir incluso acerca del tratamiento. Se debaten entre el éxito y el fracaso con la colaboración homeostática de un miembro prestigioso y los pacientes identificados oscilan entre las drogas ilegales y el alcohol.

Shapiro, en gente joven, encontró que las relaciones tempranas padre-hijo contribuyen a la consolidación del adolescente o a confundir el sentimiento de identidad, ésta identidad fue una determinante importante para el disturbio del adolescente y de la familia. Encontró que en familias donde hay evidencias de distorsión, inconstancia y contradicción en el trato al niño, el adolescente reacciona mostrando serios disturbios psicológicos; en tales familias encontró repetidas evidencias de ansiedad en los padres sobre la expresión de los adolescentes.

Se ha visto que en las familias inestables se mantiene un tipo de comunicación de doble mensaje. En éstas familias la confusión se da no solamente por la contradicción e inconsistencia en el mensaje sino porque hay profundas contradicciones e inconsistencias en sus relaciones. Es frecuente en éstas familias que los padres rehusen o nieguen lo que el niño está sintiendo o experimentando, ellos conocen mejor lo que el niño está experimentando, lo que él siente no tiene validez.

Dimensión Individual: Por lo que respecta a ésta dimensión, la experiencia clínica caracteriza a un tipo de personalidad proclive a la angustia y a la depresión con rasgos de:

La necesidad de convertirse en un sujeto que busca el cuidado y la protección, escasa tolerancia a la frustración que se origina en una infancia de sobreprotección y carencia, autodevaluación y tendencia a la reprobación que lo lleva a buscar alguna forma de castigo, identificación con el padre alcohólico u otra figura significativa con rasgos adictivos, un alto grado de desinhibición que le ayuda a mejorar la imagen de sí mismo, sin que se afecte por consideraciones críticas.

Los cambios psicológicos que estas sustancias provocan han sido descritos como "una pérdida de la estructura del ego" provocando que aparezcan sentimientos, pesamientos y afectos que normalmente están fuera de la conciencia (inconcientes o reprimidos), así mismo es bien sabido que los individuos intoxicados presentan gran sugestionabilidad, labilidad emocional y distorsión en la percepción del tiempo.

La gama de las emociones va desde la euforia hasta el terror, y de la inmovilidad a la inquietud extrema, cubriendo así las "necesidades afectivas y sensoriales" de todo tipo de individuo, los cuales, una vez han encontrado el medio de aliviar o de olvidar sus ansiedades y frustraciones por medio de tóxicos, ansian éste alivio en las subsecuentes situaciones de angustia.

Es así como para una mejor comprensión del problema, es indispensable agrupar los psicodislépticos de acuerdo a los efectos que provocan:

Mariguana: Los principales efectos del tetrahidrocannabinol se presentan sobre cerebro, corazón, sistema cardiovascular y pulmones. La mayor parte de los síntomas se producen en forma aguda, algunos otros aparecen tardíamente; todos parecen ser reversibles.

Los cambios en el afecto producidos por el tetrahidrocannabinol dependen no solo de la cantidad de droga, sino también de la vía de administración, los cambios conductuales y psicológicos incluyen: euforia, sensación de gran relajamiento, alteración en la percepción del tiempo, decremento de la interacción social, suspicacia o paranoia. Si la intoxicación ocurre en periodos de alta tensión emocional se pueden presentar problemas por agresividad.

Inhalables: Son solventes orgánicos que por su alta solubilidad en grasas, cruzan fácilmente a través de la barrera hemato-encefálica, produciendo cambios en el estado de conciencia similares a los de los estados I y II de los niveles de anestesia. La mayor parte de los efectos se pueden explicar en base a las alteraciones que provocan sobre las membranas de la neuroglia, ricas en lípidos. Se metabolizan en hígado y riñón.

Los efectos predominantes inician entre algunos minutos a un cuarto de hora, durante los cuales el individuo siente vértigo y mareo, algunos usuarios reportan un decremento en la inhibición,

junto con una sensación de "estar flotando", falsos reconocimientos o ilusiones, confusión mental, adormecimiento y ocasionalmente amnesia durante episodios de gran intoxicación.

Depresores, tranquilizantes, barbitúricos sedantes hipnóticos y ansiolíticos: Este tipo de sustancias son de uso generalizado a diferencia de otras drogas, hay gran número de sujetos no considerados a sí mismos farmacodependientes que cursan con franca farmacodependencia, por ejemplo: amas de casa.

Son frecuentemente utilizadas bajo prescripción médica en trastornos psicossomáticos y se ha visto que no tienen mayor efecto que el placebo para el control de las "molestias" en que se prescriben, causan dependencia física y psíquica.

Estimulantes: Anfetaminas, cocaína y antidepresivos: Algunas de estas sustancias contienen cafeína como principio activo, son más frecuentemente usadas por personas que trabajan en horas de la noche tales como choferes y estudiantes que "preparan exámenes" los síntomas que producen incluyen: taquipsiquia, incremento de la actividad motora y disminución de la sensación de fatiga. Acompañando éstos síntomas psicológicos aparecen cambios físicos tales como aumento de la presión sanguínea e irritabilidad.

Estupefacientes: Heroína, morfina y analgésicos con codeína: Incluyen sustancias naturales, semisintéticas y analgésicos sintéticos, éste grupo de drogas tiene un metabolismo similar, pero difieren en el índice de absorción oral.

Producen analgesia, adormecimiento, cambios en el humor y a altas dosis provocan deterioro de la función mental pudiendo llevar a depresión del sistema nervioso central y de la actividad cardíaca. Estas sustancias son frecuentemente utilizadas en forma intravenosa, 1 ó 2 minutos después de la aplicación intravenosa de heroína, aparece un intenso placer con sensaciones en el bajo vientre parecidas al orgasmo, seguido por una sensación de flotar acompañado de euforia y depresión en la función respiratoria, disminución del peristaltismo, temblor y puede aparecer confusión mental.

Se desarrolla rápida tolerancia a los efectos de los estupefacientes, así mismo estas sustancias son altamente adictivas y se desarrolla dependencia física en relativamente poco tiempo. El grado de dependencia varía directamente con la potencia particular de la droga. Afortunadamente sus precios son altos, lo que hace que sean muy poco usados en la población general de México.

Alucinógenos: L.S.D., mezcalina, psilocibina: La reacción tóxica principia algunos minutos después de la ingesta, incluye una pérdida del contacto con la realidad, alucinaciones escenográficas, delirios paranoides y despersonalización. El cuadro clínico disminuye cuando la droga se metaboliza, pero los síntomas tienden a reaparecer en las siguientes horas.

Como respuesta de la sociedad a éste problema se han formado Instituciones para la atención de farmacodependientes tales como Centros de Integración Juvenil, Drogadictos anónimos, Módulos de toxicología en hospitales de DDF, en Locatel y recientemente el servicio del Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes (P.A.I.D.E.I.A.), dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" lugar donde se obtuvieron los pacientes del presente estudio, pese a todos éstos esfuerzos, no ha habido un control real del problema, el cual por el contrario continúa incrementándose en forma alarmante atacando cada vez a niños de menor edad, provocando daño orgánico y alteraciones conductuales graves.

JUSTIFICACION

El presente estudio surge como una respuesta a la necesidad de conocer el perfil del farmacodependiente de nuestra sociedad; el cual es evidentemente distinto del farmacodependiente de otros países, incluso dentro de nuestra sociedad es evidente que los diferentes estratos socioeconómicos dan farmacodependientes con distintas motivaciones, distinta evolución y por tanto, distinto tratamiento.

No es sino cuando un grupo de médicos provenientes de distintos hospitales hablamos sobre diagnóstico, tratamiento, evolución, causas precipitantes de la farmacodependencia, etc. cuando nos damos cuenta de que pareciera, nos encontramos hablando de problemas tan diferentes como Esquizofrenia y SOC, los cuales aún cuando pudieran tener sintomatología similar, tienen etiología, tratamiento y pronóstico muy diferente.

Desde ésta perspectiva debe entenderse el fenómeno de la farmacodependencia como un hecho socio-familiar, y así precisar qué acciones y qué servicios demanda la población en estudio para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, ya que pese a la proliferación de múltiples servicios de atención a farmacodependientes, la reincidencia es abrumadoramente alta, lo cual nos hace inferir que los servicios con los que contamos carecen de bases de ataque reales.

OBJETIVOS:

1. Conocer el perfil sociofamiliar de los pacientes con uso y abuso de psicodislépticos atendido en el programa de PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".
2. Conocer la relación (de haberla) entre tiempo de abuso de sustancias y presencia de alteraciones mentales clasificables en el DSMIIIR.
3. Conocer la droga más utilizada por nuestros pacientes y tratar de relacionarla con la motivación de su uso.
4. Conocer el perfil de la familia del farmacodependiente y su relación con la perpetuación del abuso de drogas, tanto en el caso índice, como en los hermanos de éste.

MATERIAL Y METODOS:

El estudio propuesto se llevó a cabo con pacientes captados en el Programa de PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", entre enero y septiembre de 1991, los cuales son menores de edad e ingresaron al hospital con diagnóstico de uso y abuso de sustancias psicodislépticas, de acuerdo a los criterios diagnósticos del Manual Estadístico de Diagnóstico en la revisión de su tercera edición, provenientes del D.F. y zona metropolitana.

Como criterio de exclusión se manejó la ausencia de éste diagnóstico, se incluyeron a los pacientes aunque cursaran con sintomatología psicótica y/o cualquier otro problema de salud que fuera directamente atribuible a el abuso de drogas.

La información se obtuvo mediante el uso de una hoja de datos basada en el cuestionario estructurado de la Encuesta Nacional de Adicciones, el cual se ha utilizado desde 1973 por el Sistema Nacional de Encuestas de Salud, a cargo de la Dirección General de Epidemiología, inscrita en el Sistema Integrado de Información de la Secretaría de Salud y en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Esta hoja de datos incluía 39 ítems agrupados en nueve apartados:

- Ficha de identificación (10 ítems)
- Motivo de ingreso al programa (1 ítem)
- Problemas relacionados con el abuso de drogas (10 ítems)
- Historia personal de la farmacodependencia (6 ítems)
- Patrón de consumo (2 ítems)
- Asociación de drogas (3 ítems)
- Diagnóstico (2 ítems)
- Manejo previo (3 ítems)
- Características de la familia de origen (4 ítems)

La información se obtuvo mediante interrogatorio directo del paciente y sus padres y se recolectaron datos asentados en el expediente clínico.

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional con un corte transversal al momento de la entrevista; dadas las características subjetivas de algunos datos por estudiar, el análisis de resultados, se hizo utilizando frecuencias y promedios, realizamos además inferencias basadas en las frecuencias de datos, para los datos más subjetivos.

RECURSOS:

Recursos humanos: El investigador responsable, el tutor del estudio, el asesor del estudio y personal de trabajo social del Hospital Psiquiátrico Infantil.

Recursos materiales: Hoja de datos, lápices, papelería, calculadora, computadora.

RESULTADOS:

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes ingresados al Programa de Atención Integral a Niños y Adolescentes Farmacodependientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", éste programa consta de atención hospitalaria, hospital parcial y consulta externa, se integraron al estudio pacientes vistos en cualquiera de las tres modalidades de atención, aunque predominantemente eran pacientes hospitalizados, entre enero y septiembre de 1991. En total se incluyeron 37 pacientes con diagnóstico principal de uso y abuso de psicodislépticos.

Del total de nuestra muestra 35 pacientes (94.6%) fueron del sexo masculino y 2 pacientes (5.4%) del sexo femenino. ésto podría deberse a que el programa tiene capacidad hospitalaria sólo para hombres, por lo que las mujeres deben manejarse a través de consulta externa, o bien, se internan en el pabellón de pacientes psicóticas, lo cual provoca un aumento en la deserción al tratamiento.

CUADRO 1: SEXO

FEMENINO	2	5.4 %
MASCULINO	35	94.6 %
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0 %</u>

La edad actual de los pacientes fluctua entre 8 (2.7% de la muestra) y 18 años (5.4%), con una edad promedio de 17 años (40.5%).

CUADRO 2: EDAD ACTUAL.

8	1	2.7 %
9	1	2.7 %
10	-	-
11	1	2.7 %
12	2	5.4 %
13	1	2.7 %
14	2	5.4 %
15	3	8.1 %
16	9	24.3 %
17	15	40.5 %
18	2	5.4 %
TOTAL	37	99.9 %

El 75.6% de los pacientes fueron originarios del D.F. y zona metropolitana en tanto que hubo 24.3% (9) pacientes de provincia, situación explicable dada la ubicación del hospital. El 97.3% (36) pacientes son solteros, sólo uno de nuestros pacientes vivía en unión libre, aunque no tenía hijos. En cuanto a la ocupación, 35.1% (13 pacientes) trabaja como subempleado, 4 del total (10.8%) estudia, y la gran mayoría 54.1% (20), no tienen ocupación al momento del estudio, ni los seis últimos meses. Es muy demostrativo así mismo el grado de deserción escolar de los pacientes: 1 de nuestros pacientes es analfabeta, 9 (24.3%) tiene primaria incompleta, 10 (27.0%) concluyó primaria, 13 pacientes (35.1%) tiene secundaria incompleta, 2 (5.4%) concluyeron secundaria y sólo 2 pacientes (5.4%) se encuentra estudiando bachillerato.

CUADRO 3: LUGAR DE ORIGEN

D.F.	28	75.6 %
PROVINCIA	9	24.3 %
TOTAL	37	99.9 %

CUADRO 4: ESTADO CIVIL

SOLTERO	36	97.3 %
UNION LIBRE	1	2.7 %
TOTAL	37	99.9 %

CUADRO 5: OCUPACION

TRABAJA	13	35.1 %
ESTUDIA	4	10.8 %
NINGUNA	20	54.1 %

CUADRO 6: ESCOLARIDAD

NINGUNA	1	2.7 %
PRIMARIA INCOMPLETA	9	24.3 %
PRIMARIA	10	27.0 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	13	35.1 %
SECUNDARIA	2	5.4 %
BACHILLERATO INC.	2	5.4 %
TOTAL	37	99.9 %

El 59.5% de nuestros pacientes (22) provienen de nivel socioeconómico bajo, 32.4% (12) vienen de nivel socioeconómico medio bajo, y 3 de los pacientes (8.1%) de nivel medio. La mayor parte de los pacientes de la muestra 7 (18.9%) iniciaron abuso de sustancias a los 14 años, no obstante 1 paciente inició el abuso a los 4 años, uno más a los 5 años, 4 a los 8 años. 7 pacientes

(18.9%) tienen un tiempo de evolución de un año, 7 más de 2 años, llegando a haber pacientes con historia de 8 años de abuso de sustancias (2 pacientes, 5.4%).

CUADRO 7: NIVEL SOCIOECONOMICO

BAJO	22	59.5%
MEDIO BAJO	12	32.4%
MEDIO	3	8.1%
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0%</u>

CUADRO 8: EDAD DEL PRIMER CONTACTO

NO REF.	1	2.7 %
4	1	2.7 %
5	1	2.7 %
6	-	
7	-	
8	4	10.8 %
9	2	5.4 %
10	2	5.4 %
11	-	
12	3	8.1 %
13	6	16.2 %
14	7	18.9 %
15	6	16.2 %
16	4	10.8 %
17	-	
18	-	
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0 %</u>

CUADRO 9: TIEMPO DE EVOLUCION

NO REFERIDO	1	2.7%
MENOS 1 AÑO	5	13.5
1 AÑO	7	18.9
2 AÑOS	7	18.9
3 AÑOS	4	10.8
4 AÑOS	5	13.5
5 AÑOS	2	5.4
6 AÑOS	2	5.4
7 AÑOS	1	2.7
8 AÑOS	2	5.4
TOTAL	<u>37</u>	<u>99.9%</u>

17 de los pacientes iniciaron el abuso con amigos, 11 de ellos refieren como motivación para iniciar con este hábito "porque se la dieron", 7 de los pacientes mencionaron haber usado su primer droga por "curiosidad", y 6 pacientes atribuyeron el uso a "problemas", entre los que destacaron sentimientos de soledad, abandono, y de minusvalía. La mayor parte de los pacientes (19, 51.3%) utilizan una sola droga, 14 (37.8%) utilizan 2 drogas y 4 (10.8%) utilizan 3 drogas, no obstante dos pacientes usaron hasta 4 drogas durante el último mes.

CUADRO 10: CON QUIEN PROBO LA DROGA.

SOLO	2	5.4 %
ACOMPANADO	17	45.9 %
NO SE REFIERE	18	48.6 %
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0%</u>

CUADRO 11: MOTIVACION PARA INICIAR EL CONSUMO DE DROGAS.

SE LA DIERON	11	29.7 %
PROBLEMAS FISICOS	1	2.7 %
PROBLEMAS PSIQUICOS	5	13.5 %
SE DESCONOCEN	13	35.1 %
CURIOSIDAD	7	18.9 %
TOTAL	37	99.9 %

CUADRO 12: NUMERO DE DROGAS/PACIENTE

ULTIMOS 30 DIAS			CON MAYOR FRECUENCIA	
0	1	2.7%	-	-
1	15	40.5%	19	51.3%
2	13	35.1%	14	37.8%
3	5	13.5%	4	10.8%
4	2	5.4%	-	-
NO REF.	1	2.7%	-	-
TOTAL	37	99.9%	37	99.9%

Las drogas usadas con mayor frecuencia son los inhalantes y de éstos el cemento es el que más se utiliza, seguido por el thiner y el activo; la mariguana es la segunda droga más utilizada, seguida por el alcohol y sólo un paciente que había vivido los últimos 6 meses en Estados Unidos de Norteamérica, reportó abuso de heroína y cocaína sin presentar síntomas de abstinencia durante su estancia hospitalaria.

CUADRO 13: DROGA USADA CON MAYOR FRECUENCIA

DROGA	FMD UNICA	FMD MULTIPLE	TOTAL
INHALANTES	2	5	7
CEMENTO	6	10	16
THINER	4	6	10
ACTIVO	-	3	3
PVC	1	-	1
MARIJUANA	3	7	10
ALCOHOL	3	6	9
PASTILLAS	-	1	1
HEROINA	-	1	1
COCAINA	-	1	1
TOTAL	19 = 51.4 %	18 = 48.6 %	37 = 100 %

El cuadro 14: Problemas secundarios al abuso de fármacos, habla por sí mismo, todos los pacientes reportan problemas secundarios al abuso de sustancias psicoactivas, siendo éstos desde problemas académicos (bajo rendimiento escolar, desacreditación de años, abandono escolar), problemas familiares en el 81.1% de la muestra, problemas sociales, legales y de salud, entre éstos últimos se encuentra la presencia de sintomatología psicótica en el 48.6% de los pacientes.

CUADRO 14: PROBLEMAS SECUNDARIOS AL USO DE FARMACOS.

ACADEMICOS	25	67.6 %
DE SALUD	18	48.6 %
ECONOMICOS	3	8.1 %
FAMILIARES	30	81.1 %
LABORALES	7	18.9 %
LEGALES	5	13.5 %
SOCIALES	17	45.9 %
OTROS	2	5.4 %
NINGUNO	-	0.0 %

CUADRO 15: PRESENCIA DE SINTOMAS PSICOTICOS

CON SINT. PSICOTICOS	18	48.6%
SIN SINT. PSICOTICOS	19	51.3%
TOTAL	37	99.9%

La estancia hospitalaria varió desde 1 hasta más de 70 días de internamiento, 10 de los pacientes (27.%) egresaron por fuga, 8 más abandonaron el tratamiento y de los 19 pacientes que egresaron "por mejoría", sólo 14 de ellos continuaron su tratamiento a través de consulta externa por un tiempo mayor a un mes después del egreso, lo cual nos hace inferir la gran reincidencia en cuanto al abuso de sustancias.

78.3% (29) pacientes no habían tenido tratamiento previo, en tanto que 9 pacientes habían sido hospitalizados en Instituciones tales como: Consejo tutelar, Drogadictos Anónimos y grupos de Alcohólicos Anónimos.

CUADRO 16: DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

0 - 5	4
6 - 10	4
11 - 15	1
16 - 20	1
21 - 25	1
26 - 30	2
31 - 35	1
36 - 40	-
41 - 45	1
46 - 50	3
51 - 55	2
56 - 60	3
61 - 65	3
70 O MAS	10
SIN INTRNMTO	1

CUADRO 17: TERAPIA PREVIA.

SI	8	21.6 %
NO	29	78.3 %
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	37	99.9 %

CUADRO 18: MOTIVO DE ALTA .

ABANDONO	8	21.6%
MEJORIA	18	48.6%
FUGA	10	27.0%
EN TRATAMIENTO	1	2.7%
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	37	100.0%

CUADRO 19: MANEJO ACTUAL.

SI	14	37.8 %
NO	23	62.2 %
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	37	99.9 %

CUADRO 20: INTERNAMIENTOS EN OTRAS INSTITUCIONES.

SI	9	24.3 %
NO	28	75.7 %
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	37	99.9 %

Los dos últimos cuadros arrojan un panorama desolador: la familia de origen de los pacientes es en el 64.1% de los casos incompleta, 13.5% son familias reconstruidas y 97.3% de las familias son disfuncionales.

CUADRO 21: ESTRUCTURA FAMILIAR

FAMILIA COMPLETA	12	32.4%
FAMILIA INCOMP.	20	64.1%
RECONSTRUIDA	5	13.5%
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0%</u>

CUADRO 22: FUNCIONALIDAD FAMILIAR

FAMILIA FUNCIONAL	1	2.7%
FAMILIA DISFUNCIONAL	36	97.3%
TOTAL	<u>37</u>	<u>100.0%</u>

CONCLUSIONES:

Podemos decir que los pacientes con abuso de sustancias provienen de nivel socio-económico bajo, familia desorganizada, disfuncional, con padre periférico, adicto a alcohol en su mayoría y a otras drogas algunos de ellos, con baja capacidad para satisfacer las necesidades afectivas y económicas de la familia, lo cual provoca inseguridad y ansiedad en los hijos, entre éstos no es rara la presencia de 2 ó más pacientes con abuso de sustancias y alteraciones conductuales que van desde conductas hiperkinéticas en la infancia, hasta conductas antisociales en la adolescencia; muchos de ellos se asocian en "bandas" que cumplen las veces de "familias sustitutas" donde se integra a los nuevos miembros proporcionándoles roles de acuerdo a sus características personales, y en donde pueden expresarse en forma directa sin mensajes contradictorios ni mensajes ocultos, situaciones ambas que son casi obligadas en sus familias de origen.

No es raro encontrar pacientes que han proporcionado drogas a sus hermanos menores para "ayudarlos" a contender con su mundo caótico, el cual, al menos en nuestra muestra, sufre aún más deterioro por la presencia del paciente farmacodependiente ya que éste representa un objeto real en el cual la familia puede depositar sus conflictos, culpándolo más tarde como el origen de éstos y otros conflictos, perpetuándose así un círculo que es necesario romper en forma distinta a la usada hasta la fecha: atención y tratamiento al caso índice.

En nuestra muestra la droga más utilizada fueron los inhalantes, entre otras cosas por su fácil accesibilidad en cuanto a precio, legislación de compra-venta, incluso algunos de los pacientes al trabajar en oficios tales como: zapateros, ebanistas y pintores tienen la "facilidad" de tener la droga justo en su centro de trabajo.

Una motivación subjetiva y no bien estudiada de la preferencia por una droga (en nuestro caso por inhalantes) es la facultad que tiene la droga de inducir estados afectivos y psíquicos placenteros para el usuario. Así, nuestros pacientes reportan que al usar inhalantes sienten satisfacción de su necesidad de comer, olvido de los problemas sociofamiliares, y sensación de no estar solo, considerando que muchos de nuestros pacientes tienen un mundo interno carente de satisfactores: imágenes parentales constantes y afectuosas, satisfacción elemental de apetito y marcado rechazo sociofamiliar, podemos "comprender" porqué se utilizan preferentemente los inhalantes.

Desafortunadamente de entre todas las drogas quizás sean los inhalantes las sustancias que más alteraciones orgánicas demostrables provocan, alteraciones que van desde la anemia y desnutrición hasta el daño orgánico cerebral, pasando por alteraciones selectivas a nervios específicos con pérdida de su función, por ejemplo: amaurosis.

El daño orgánico cerebral no es raro entre los inhaladores, lo cual aunado a que los pacientes jóvenes el Sistema Nervioso Central se encuentra aún en proceso de maduración, nos hace prever el gran riesgo que nuestros jóvenes corren, en nuestra muestra un buen porcentaje (48.6%) ingresaron al hospital con síntomas psicóticos y de ellos, el 8% fueron diagnosticados como portadores de psicosis tóxica, en tanto que el 40% evidencian ya datos de daño orgánico cerebral.

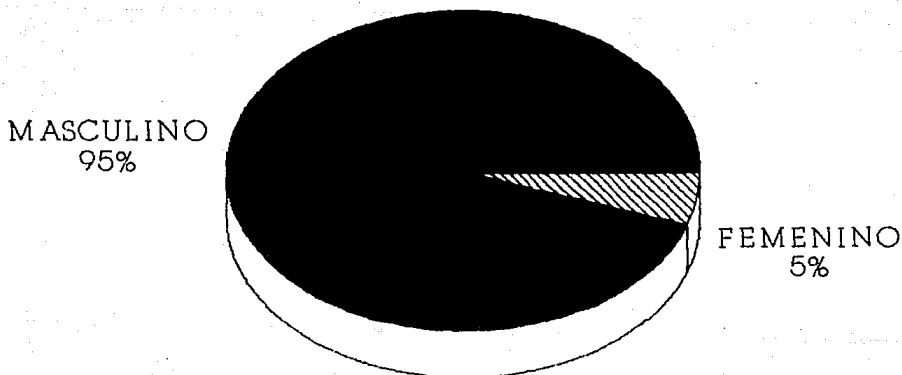
Desde ésta perspectiva, el horizonte que vislumbramos es desolador, en la zona metropolitana contamos con muchos hogares que tienen las características propicias para el nacimiento de más farmacodependientes a inhalantes, si suponemos que de los nuevos farmacodependientes el 40% tendrá daño orgánico cerebral secundario, ningún recurso será suficiente para el manejo del problema. Quizás aún estemos "a tiempo" para tratar de corregir ésta pandemia, pero está visto que debemos cambiar el punto de ataque que hasta hoy hemos tenido. Es indispensable el manejo de la familia para el control del farmacodependiente y para la prevención de nuevos casos.

Se tiene que iniciar un programa de "producción" de terapeutas familiares que ayuden a atacar el problema desde sus cimientos y no contentarnos como hasta hoy, tratando de destruir la punta del iceberg: el paciente.

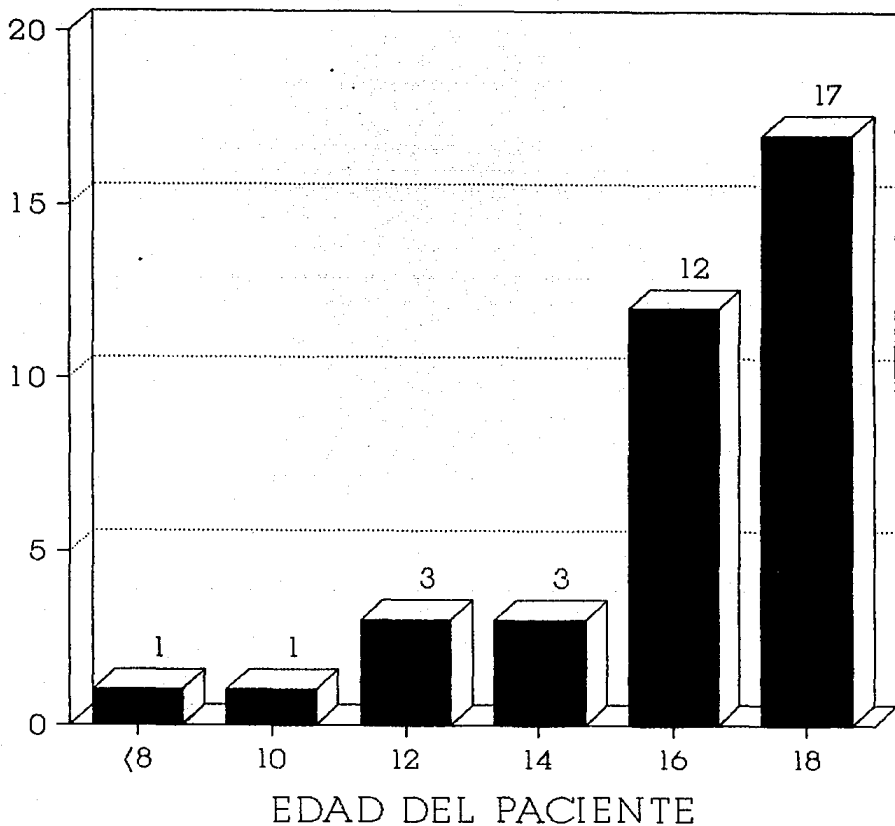
BIBLIOGRAFIA:

- 1).- Centro de Integración Juvenil. Una respuesta integral al fenómeno de la farmacodependencia. Ed. CIJ. México 1985.
- 2).- Centro de Integración Juvenil. Aportaciones teóricas para el conocimiento del farmacodependiente, Ed. CIJ. México 1984.
- 3).- West. D.J., La delincuencia juvenil, Ed. Labor España, 1970; pp. 177-184.
- 4).- De Bold, R., y cols. L.S.D. Individuo y sociedad. Ed. Joaquín Mortí, México, 1970.
- 5).- Schuckit M.A., Drug and alcohol abuse, 3a. Edición, Ed. Plenum Publishing, U.S.A., 1990.
- 6).- Fredman, A.M., Kaplan, H.I., Comprehension textbook of Psychiatry 5a. Ed.
- 7).- De la Garza, G., y cols. Adolescencia marginal e inhalantes, medidas preventivas. Ed. Trillas, México, 1977.
- 8).- Patiño, J.L., Psiquiatría clínica, Ed. Salvat, México 1980.
- 9).- Fromm, E., El miedo a la libertad, Ed. Paidós, México 1989.
- 10).- Coderch, J. Psiquiatría dinámica, Ed. Herder, Barcelona, 1987.
- 11).- Ortiz, A, y cols. El desarrollo del sistema de información sobre drogas y las tendencias de consumo en el área metropolitana. Salud Mental 12:2 Junio 1989, pp. 35-41.
- 12).- De Martini, D. Aspectos clínicos epidemiológicos en pacientes con trastorno mental relacionado con el uso y abuso de sustancias tóxicas en un Hospital Psiquiátrico, Tessina 1987.
- 13).- Pollock, V.E., y cols. Childhood antecedents of antisocial behavior: parental alcoholism and physical abusiveness Am. J. Psychiatry 147:10, october 1990.
- 14).- Wieder, H., and Kaplan, E.H., Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. The Psychoanalytic Study of the child 14:399-431.

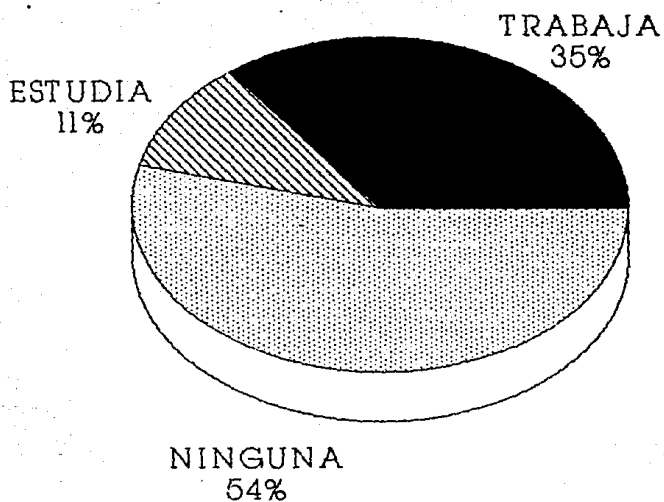
PORCENTAJE DE PACIENTES MASCULINO Vs. FEMENINO



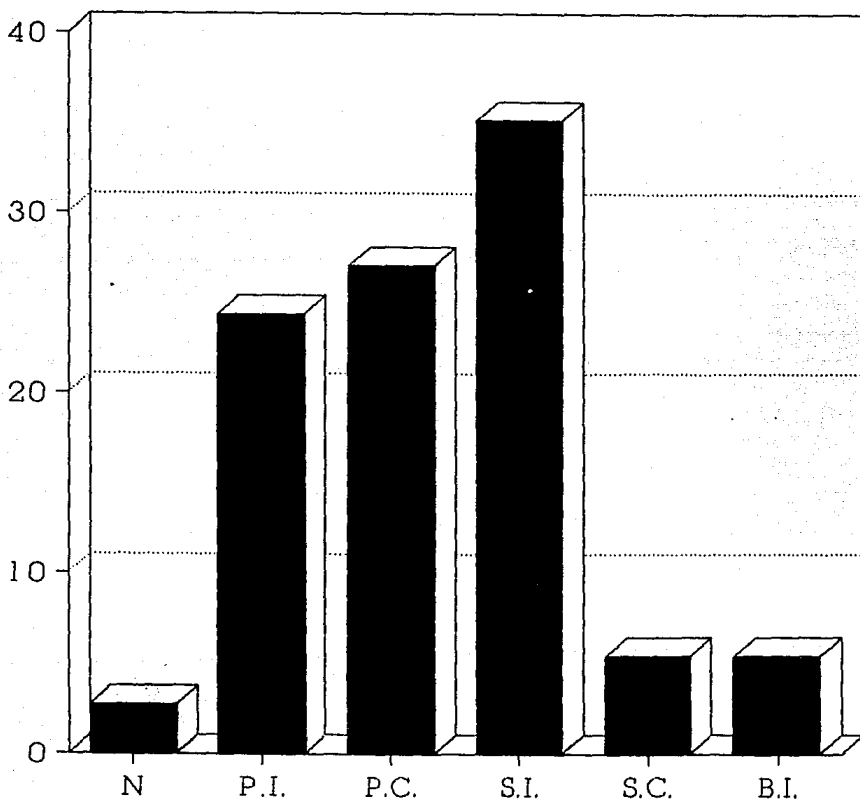
EDAD ACTUAL



OCUPACION DEL PACIENTE

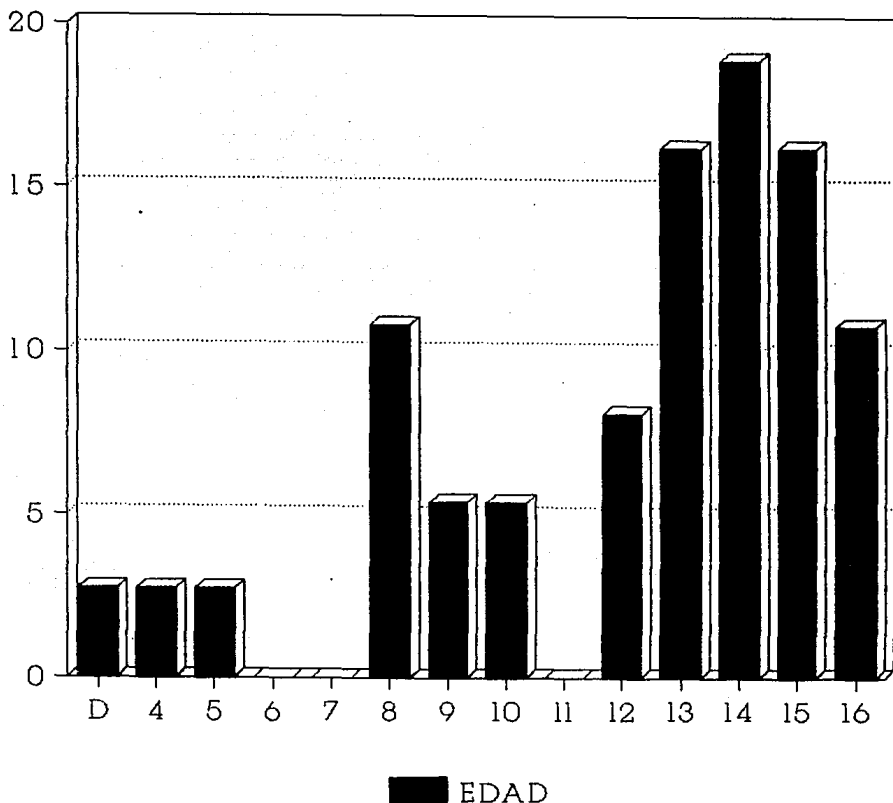


ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA



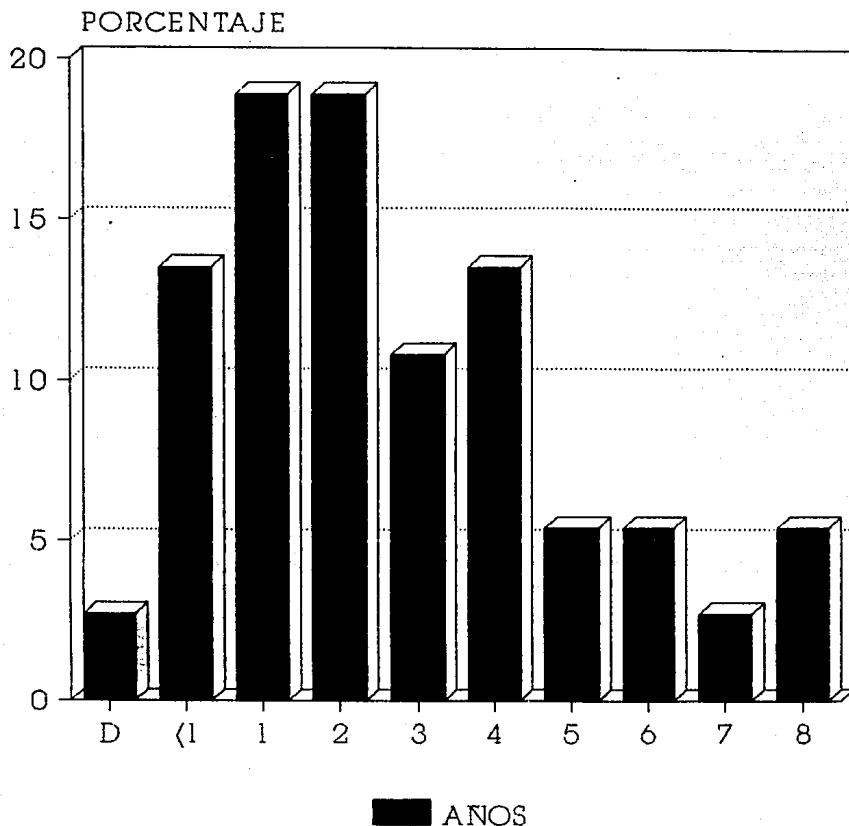
LOS DATOS SE REFIEREN
EN PORCENTAJES

EDAD DEL PRIMER CONTACTO CON LA DROGA



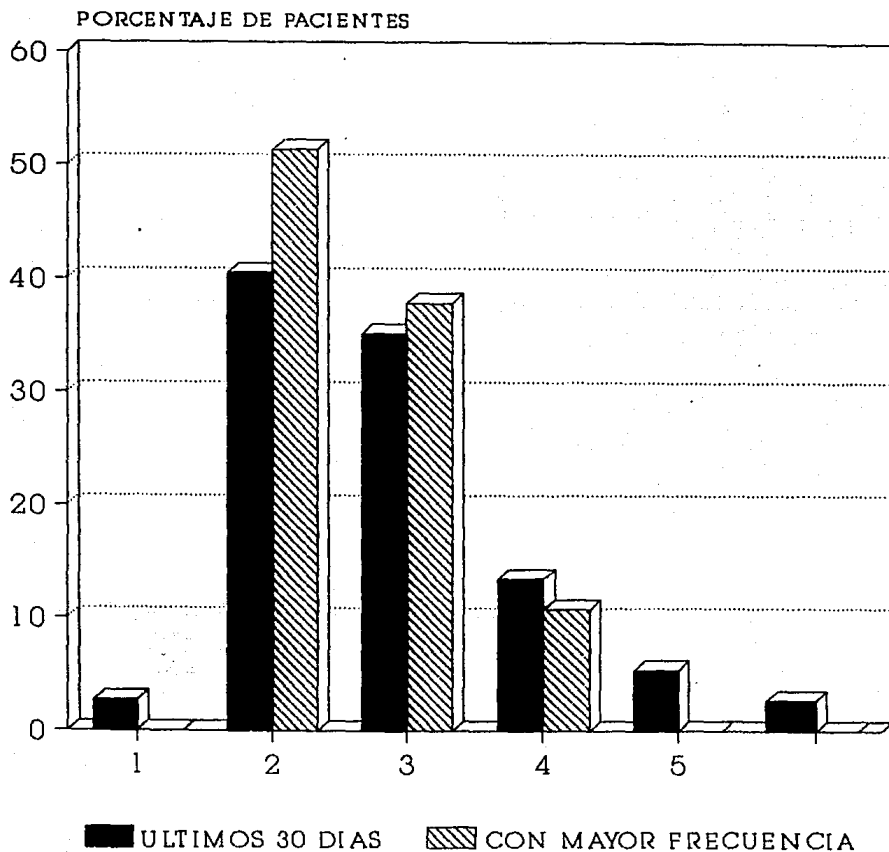
D = NO REFIRIO EL DATO
LOS RESULTADOS SE REPRESENTAN
EN PORCENJAES.

TIEMPO DE EVOLUCION DEL CONSUMO DE DROGAS

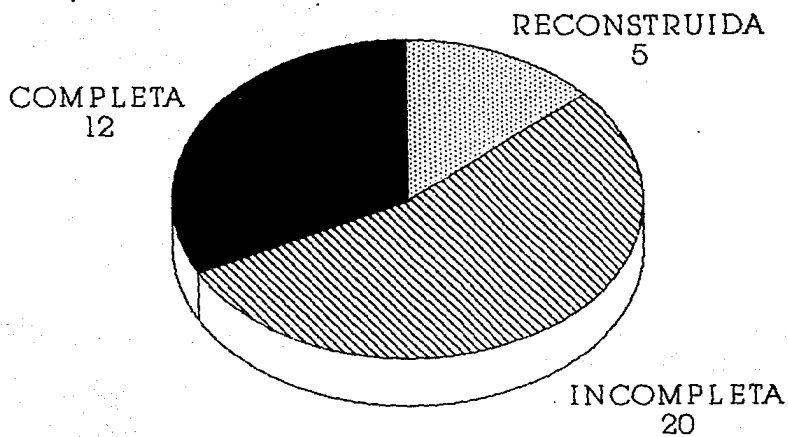


D = NO REFIRIO EL DATO
<1 = MENOS DE UN AÑO

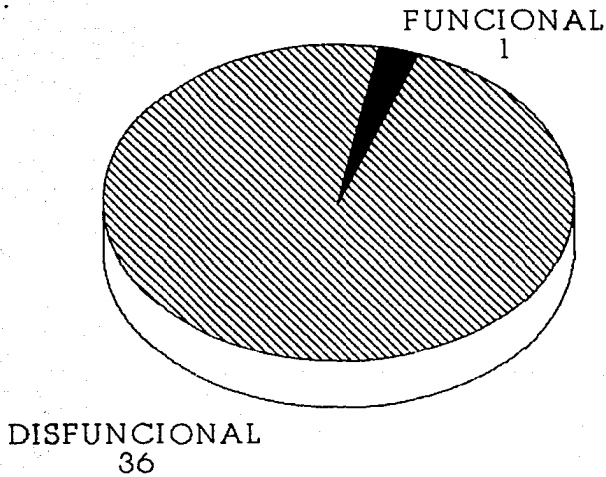
NUMERO DE DROGAS UTILIZADA POR CADA PACIENTE.



ESTRUCTURA FAMILIAR



FUNCIONALIDAD FAMILIAR



INDICE

INTRODUCCION.	1
ANTECEDENTES.	3
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y METODOS.	10
RECURSOS.	11
RESULTADOS.	12
CONCLUSIONES.	22
BIBLIOGRAFIA.	24
ANEXO GRAFICO	
INDICE.	25