



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



CIUDAD DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA LEGAL

ANSIEDAD Y DEPRESION COMO CAUSAS DE FARMACODEPENDENCIA
EN EL CENTRO FEMENIL DE READAPTACION SOCIAL TEPEPAN.

TRABAJO DE INVESTIGACION: EPIDEMIOLOGICA

PRESENTADO POR MIRIAM QUINTANA LAGOS PARA

OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

PRESENTADO POR SAUL LEONIDES BLANCAS CORRELLA PARA

OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

DIRECTOR DE TESIS: DR. VICTOR ARRIAGA DIAZ

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Vo. Bo.

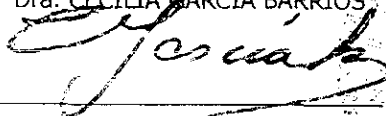
Dr. CECILIO CAMARILLO ROSAS



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA LEGAL

Vo. Bo.

Dra. CECILIA GARCIA BARRIOS



DIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DIRECCION DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

AGRADECIMIENTOS

Dr Zelonka Valdés director de la Torre Médica Tepepan
Dr Víctor Arriaga Díaz jefe del área de Psiquiatría y Psicología
Dr Luis Solis Rojas jefe del Centro de Ayuda al Alcohólico
y sus Familiares, (CAAF).

Dra. Lilia Rodríguez Mejía Jefe de la Unidad de Investigación,
Secretaria de Salud del Distrito Federal.

Doy gracias a Dios por todas sus bondades por dejarme llegar
a estos momentos tan esperados y tan importantes de mi vida,
pidiendo siempre su bendición porque me permita continuar
mi trayectoria profesional y personal.

A mi esposa Araceli por todo su amor, motivación, comprensión
y apoyo que siempre y en todo momento me ha brindado porque
gracias a ello se ha visto culminado este trabajo lleva implícito
mucho de ti, de tus innumerables virtudes y tu grandioso afán de
superación a sido clave para seguir adelante con el único fin de
poder realizar todos y cada uno de nuestros sueños y alcanzar la
felicidad por ambos anheladas.

A mis hijos Miguel Angel e Ilse con un amor infinito porque comparten
muchas vivencias, alegría y tristezas juntos que nos va entregando
la vida con el firme deseo de ver realizados nuestros sueños
dentro de nuestro núcleo familiar.

CONTENIDO

RESUMEN	2
INTRODUCCION	4
LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO	5
Cambios Psicológicos.....	7
Indicadores de Riesgo.....	7
Con relación al medio.....	8
BREVE PANORAMA DE FARMACODEPENDENCIA A NIVEL MUNDIAL	16
DEPRESION Y ANSIEDAD	22
MARCO JURIDICO	30
METODOLOGIA	35
Planteamiento del problema	35
Justificación.....	35
Objetivos	36
Objetivo General	36
Objetivo Específico.....	37
Hipótesis.....	37
Diseño de Estudio	37
Ubicación Temporal y Espacial	37
Criterio de Inclusión	38
Criterio de Exclusión.....	38
Tamaño de la Muestra.....	38
Diseño de la Maniobra.....	38
Plan de recolección de datos.....	38
Definición de Variables	39
Aspectos Organizativos.....	40
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	46
CONCLUSION	48
ANEXOS	49
Cronograma.....	50
Cuestionario Clínico W:W:K: ZUNG.....	51
Calificación del Cuestionario de ZUNG.....	52
Diagnóstico del Síndrome Depresivo. Dr Guillermo Calderón Narváez	53
Gráfica 1 Distribución por edad de la población	54
Gráfica 2 Distribución por Estado Civil	55
Gráfica 3 Número de drogas empleadas	56
Gráfica 4 Consumo de drogas	57
Gráfica 5 Depresión y Ansiedad.....	58
Gráfica 6 Tipo de Delito.....	59
BIBLIOGRAFIA	60

RESUMEN

Objetivo.- Conocer las características de las reclusas del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan en cuanto a edad, estado de ánimo, consumo de droga y tipo de delito.

Material y método.- Se realizó un estudio descriptivo durante el periodo comprendido del 1° de diciembre de 1998 al 15 de mayo de 1999, en la población del C.F.R.S. Tepepan donde participaron 254 internas de un total de 314, se eliminaron 35 pacientes psiquiátricas y 25 que no aceptaron participar en el estudio. Para conocer el estado de ánimo se les aplicó el Cuestionario Clínico Diagnóstico del Síndrome Depresivo del Dr Calderón Narváez (validado en México), y el de detección de la depresión W.W. ZUNG; se revisaron los expedientes jurídicos para conocer el tipo de delito por el que estaban recluidas, el consumo de drogas, edad y estado civil captaron a través de una ficha sociodemográfica.

Resultados.- en este estudio el grupo de edad que predominó fue el de 20 a 29 años 46% (116), las personas mayores de 55 años fueron pocas constituyeron un 5% (12); el estado civil que predominó fue el de las solteras en un 50% (127), el 39% (100) eran casadas o vivían en unión libre, y un 11 % (27) eran viudas o divorciadas. De las 254 entrevistadas el 45% (115) consumían droga, de estas últimas el 15% (18) utilizaban un tipo de droga, el 22% (25) consumían dos tipos diferentes de drogas, fue mayor la frecuencia de las que utilizaban 3 o más drogas diferentes constituyeron el 63% (72).

Las drogas más frecuentemente empleadas fueron la marihuana en un 74%, el crack en el 69%, la cocaína en 52% y el alcohol 50%. las pastillas las consumen en un 32% y con mucha menor frecuencia otras sustancias como inhalables (barniz de uñas), heroína, morfina, etc. en un 6%.

El 54% (136) de las internas presentó algún tipo de alteración del estado de ánimo, predominó la depresión en 54 sujetos (21%), la depresión acompañada de ansiedad se presentó en 45 personas (18%), con menor frecuencia tuvieron ansiedad únicamente en 37 internas (15%).

De los delitos cometidos y que fueron causa de internamiento predominaron el Robo (49%), Homicidio (16%) y los Delitos contra la Salud (12%) y en menor frecuencia la corrupción de menores en el 1% (3 internas).

Conclusión.- Por el medio ambiente en el que viven las reclusas sufren la comorbilidad de alteraciones en el estado de ánimo y consumo de drogas.

INTRODUCCION

La farmacodependencia es un problema de salud mundial que afecta principalmente a la población joven; éste problema es mayor entre los internos de reclusorios, ya que el medio en el que se desenvuelven facilita el consumo de drogas, aunado al estrés dado por el encierro les produce alteraciones en el estado de ánimo, aunque muchos de ellos ya padecen ambos problemas de salud previo al ingreso, estos se acentúan durante su internamiento, es decir si consumían un solo tipo de droga o dos, dentro del reclusorio pueden incrementar los tipos de droga que se consumen.

Para que se presenten alteraciones del estado de ánimo o consumo de algún tipo de droga debe haber alguno de los siguientes factores: psicoiológicos, orgánicos, características de la personalidad, aburrimiento. La violencia y los problemas sociales también se han asociado al consumo de drogas, existe una relación entre el abuso de sustancias y cometer actos antisociales.

Existe una mayor tendencia de uso y abuso de drogas en las personas acusadas o sentenciadas por cometer algún delito que en la población general en las diferentes entidades del país (6).

Tijuana ocupa el primer lugar en prevalencia de consumo de drogas, mientras que el D.F. ocupa el 4º lugar dentro de la república mexicana.

Existen pocos estudios sobre la prevalencia de adicciones en reclusorios sobre todo de mujeres y no se conoce el estado de ánimo que predomina en esta población por lo que el objetivo de este estudio es Conocer las características de las reclusas del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan en cuanto a edad, estado de ánimo, consumo de droga y tipo de delito.

LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO

En México como en otros países del mundo se realizan estudios para ver la tendencia del consumo de drogas, identificar las sustancias más consumidas, las características socio-demográficas de los usuarios, conocer los daños individuales y sociales asociados al consumo de sustancias; proporcionar información que sirva de base para implementar y evaluar programas de intervención y tratamiento.

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), ha realizado una investigación en dos ocasiones, la primera en 1990 y la segunda en 1993 utilizando la misma metodología y cuestionarios similares, con la finalidad de actualizar la información sobre la magnitud del consumo de drogas. Esta encuesta se realizó en hogares, se aplicó a hombres y mujeres entre 12 y 65 años, solo a residentes de zonas urbanas del país. La entrevista se llevó a cabo de manera individual e independiente por parte de personal calificado, asegurando la confidencialidad de sus respuestas, se hará referencia a sus resultados posteriormente (2).

El Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID) desarrollado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó en 1997 un estudio donde se encuentran los resultados de una evaluación realizada por 44 instituciones de atención de la salud y de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. Las instituciones fueron el Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM), Centro Contra las Adicciones (CENCA), Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), Centro de Integración Juvenil (CIJ), Cruz Roja Mexicana (CRM), Dirección General de Prevención y Readaptación social (DGPRS), Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores (DGPTM), Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) y la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DGSMDF), Hospital Psiquiátrico Dr Juan N. Navarro (HPJNN), Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (HPFBA). La información se recabo por medio de una cédula de registro que capta entre otros datos lo siguiente:

La institución que la realiza, las características sociodemográficas (sexo, edad, ocupación, estado civil y otras); problemas asociados antes y después del consumo de drogas.

Se deben de hacer ciertas observaciones que los jóvenes pertenecientes a un medio socioeconómico alto, por lo general no acuden a buscar ayuda a las instituciones donde se hizo el rastreo, y, por otra parte la cocaína, la heroína y los alucinógenos se consumen en mayor medida por los jóvenes pertenecientes a este estrato social. La muestra total de 724 jóvenes de estos 645 eran hombres y 79 mujeres, consumieron marihuana 495 (68.4%), alcohol 437 (60.4%), cocaína 288 (39.8%). Con relación al rango de edad: 204 de ellos tenían una edad que fluctuaba de los 15 a 19 años que representa un 28.3 %; 181 tenían una edad de 20 a 24 años fue el 25.1 %, 172 casos de 30 o más años que representó el 23.8 %.

Con relación al estado civil predominaron los solteros en los usuarios fueron 458 (64.1 %), los casados fueron 129 (18 %). Predominó el nivel socioeconómico bajo en 323 personas que representó el 58.5 %, el nivel medio en 222 usuarios que representó un 40.2 %. La escolaridad en su mayoría fue de 188 con secundaria incompleta fue de 27.2 %, con secundaria completa 130 los cuales representaron un 18.8 %, con estudios de primaria completa 109 fue un 15.8 %. Con relación a la ocupación la mayoría fueron empleado o comerciantes 208 fue un 29.3 % con trabajo eventual o subempleo 204 que representaron un 28.8 %, sin ocupación 157 fue un 22.1 %. En relación al sexo masculino consumieron marihuana el 70.7% y el femenino el 49.4%, ingirieron alcohol los hombres en 62.25 y las mujeres en 45,6%, la cocaína fue usada por el sexo masculino en 40.5% y en el femenino en 34.2%. El consumo de drogas de alguna vez en la vida, se encontró que el consumo de sedantes en un 14.5 %, tranquilizantes en un 8.8 %, en las sustancias ilícitas marihuana en un 68.4 %, solventes inhalables en un 52.1 %, cocaína en un 39.8 %, alucinógenos en un 6.4 %, opiáceos en 2.3 %, heroína en un 1.8 %, con relación al alcohol el porcentaje fue de un 60.4 % y de tabaco en un 42.1 %.

El individuo nace con un potencial determinado, el que sufre modificaciones, por la influencia familiar, en la que es importante tomar en cuenta el estrato socioeconómico, que provengan del medio rural o del urbano, nivel de cultura, si es de una familia integrada la presencia del padre o ausencia del él; la escuela que es donde el niño se relacionará con otros pequeños adquiriendo nuevos conocimientos; Robins y Rutter, en 1993 han documentado que es claramente predecible a partir de una niñez antisocial conducta no cooperadora o confortativa combinada con la patología de la familia de crianza que influye la presencia de enfermedad psiquiátrica en los padres, crimen y practicas de formación violentas o erráticas.

De acuerdo con estos estudios, los problemas durante la infancia son virtualmente necesarios para que en la edad adulta se observe fracaso para conformarse con las normas; sin embargo, en raras ocasiones no aparecen signos de alarma sino hasta la adolescencia media o tardía (2).

La adolescencia, época de transición donde se presentan cambios corporales, la aceptación de la identidad sexual, los cambios psicológicos.

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

1. Adquisición de un sentimiento de identidad.
2. La consolidación de una autentica vocación personal.
3. La individualización mediante la emancipación de los padres.
4. La integración de un completo y armónico desarrollo de la sexualidad.
5. El encontrarle un sentido a la existencia.

INDICADORES DE RIESGO

Con relación al escolar mexicano hay características propias de nuestra cultura que matizan el proceso y pueden influir en el desarrollo de conductas inadecuadas, entre las que figuran el consumo de drogas, si se pertenece a la población que cursa la enseñanza básica y media superior, los indicadores de riesgo proviene de --

tres fuentes. Un medio facilitador, la forma de consumo de drogas y las características del adolescente (demográficas, raciales, psicológicas y genéticas).

CON RELACION AL MEDIO

1. La residencia del joven en la ciudad de México, o en alguno de los estados.
2. La disponibilidad de las sustancias en lugares públicos, en la escuela, en la calle.
3. El pertenecer a una familia desordenada.
4. El consumo del alcohol u otras drogas por parte lo de los padres o hermanos.
5. La falta de comunicación o apoyo por parte de los padres.
6. La convivencia con grupos de amigos que consumen alcohol y/o otras sustancias.
7. La tolerancia de la escuela hacia el consumo de sustancias y otras actividades insanas, así como la ausencia de control por parte de la autoridad.

Se obtuvo información a través de encuestas y otros estudios, las personas jóvenes que consumen sustancias lo hacen por las siguientes razones:

1. - Por que quieren experimentar, sienten curiosidad
2. - Por presión ejercida por el grupo, los individuos desean ser aceptados, los hace sentirse parte de una comunidad.
3. - Por el placer que la droga le produce, en la búsqueda de sus efectos, los cuales les resultan placenteros y agradables.
4. - Debido a los otros efectos que ciertas drogas producen en algunos individuos. El sentirse desinhibido, más alegre simpático o inteligente.
5. - Porque eliminan el sufrimiento moral o físico.
6. - Como un escape a las situaciones problemáticas que producen angustia y sufrimiento moral.
7. - Por oposicionismo o rebelión ante los adultos en general o ante símbolos de autoridad (los padres, los maestros, la ley)
8. -Por la creencia de que la droga aumenta la capacidad para le trabajo, el estudio, o la actividad creativa.

9. - A la búsqueda de experiencias místicas. (1,2,5,7,8).

En los jóvenes existe una relación entre el uso de drogas legalmente permitidas con el uso posterior de drogas ilícitas, con la tendencia a combinarlos simultáneamente o de manera secuencial, utilizando nuevas vías de administración, ya sea que tenga efecto similar sobre el sistema nervioso y se potencien que tenga efectos opuestos con las consecuentes alteraciones sobre las funciones mentales (1,4,6,7,8).

Con relación a la población de mujeres la prevalencia de vida de consumo de drogas ilícitas es de 0.8% (9).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 1993 las mujeres beben alcohol en un 57.5% y el 5% de ellas presentan problemas por el alcohol, la prevalencia de dependencia femenina fue de 1.2% (10).

Con relación al alcoholismo el enfoque que se le da a la conducta de la mujer frente al hombre se las describe como dominantes, abastecedoras de alcohol, indispensable, con alta tolerancia a resistir el sufrimiento. Sin embargo se desconoce por que la mujer en su mayoría controla mejor el consumo de alcohol e incluso en gran porcentaje son abstemias. Tomando en cuenta que sus historias familiares de ambos son similares (11). En las mujeres alcohólicas se han reportado con frecuencia experiencias de violencia intrafamiliar, desde el maltrato físico por sus padres hasta ser víctimas de abuso sexual en la infancia y posteriormente de maltrato por sus parejas; que las mujeres de la población en general (4).

Se puede considerar como un factor de riesgo para el desarrollo de una adicción por parte de los hijos el hecho de que alguno de los padres consuma alcohol. Con respecto a los estudiantes entre 1975 y 1978 las drogas más consumidas fueron la marihuana los inhalables y las anfetaminas. En 1978 los inhalables se convirtieron en las drogas de más uso, asociados con el bajo rendimiento escolar y las conductas delictivas (12).

El Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) hace referencia a algunos datos de la Encuesta Nacional Sobre el Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar

(ENUDCE) habla de una muestra de 61,779 integrada por los alumnos de secundaria y educación media superior, sus edades fluctuaban de los 13 a los 18 años; estudiantes normalistas 2,207 sus edades fluctuaban de los 17 a los 22 años o un poco más, los profesores de educación primaria en servicio 2445, se formaron dos grupo uno de edades que comprendía de 18 a 24 años y otro de 35 a 65 años. Se investigó el consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalables, tranquilizantes y heroína. En un estudio realizado en 1997 con una muestra de 10,173 estudiantes de todo el D.F., de escuelas secundarias, bachilleratos y bachillerato técnico, se detecto que la edad oscilaba de los 12 a los 22 años con una media de 14 años de los cuales un 48.1 % fueron hombres y un 51.9 % mujeres.

En el estudio nacional de 1991 de acuerdo con la prevalencia total se encontró que los inhalables siguen siendo la sustancia de mayor consumo, los estados más afectados fueron: Querétaro 5.82 %, Hidalgo 5.73 %, Baja California 5.06 %, y el Distrito Federal en un 5 %. El consumo de marihuana se presentó en Baja California en un 2.99 %, en el estado de Jalisco 2.87 %, en el Distrito Federal el 2.8 % y en Campeche el 2.74 %. El consumo de cocaína en Baja California fue de 1.91 %, Sonora 1.57 %, Sinaloa 1.41 %, Jalisco 1.36 %, Distrito Federal 1.03 %. En el Distrito Federal el alcohol fue de 49.7 % y el consumo de tabaco de 29.5 %. Adicionalmente se ha reportado el uso de drogas nuevas como el éxtasis o tachas, rohypnol, refractil, en los cuales su costo es bajo y los adolescentes tienen una alta disponibilidad. El consumo de tabaco alguna vez, afectó más del 50 % de los estudiantes, de los cuales el 58.7 % eran hombres y en el 52.3 % fueron mujeres. Con respecto al nivel educativo fue de secundaria en un 13.7 %, bachillerato en un 34.4 % y en las escuelas técnicas de 35.3 %. El consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes fue de 54 %, los que lo han utilizado alguna vez en su vida, en los hombres el porcentaje fue de 33.2%, y en las mujeres de 27.2%, con relación al nivel educativo fue en la secundaria de 21.1%, a nivel bachillerato 46.3% y en las escuelas técnicas el 39.3%. El consumo de sustancias psicoactivas fue de 11.5 %. El consumo de alguna vez en la vida en los hombres

fue de 5 % y en las mujeres de 3 %. Con respecto al nivel educativo en secundaria (9.1 %), bachillerato (15.5%) y bachillerato técnico (4.8 %). Con respecto a la sustancia preferida la marihuana representa un porcentaje del 5 %, la cocaína 4.1 %, los inhalables el 3.9 % y los tranquilizantes de 3.2 %. En las mujeres que han experimentado con drogas el consumo de marihuana aumento 6 veces de 0.3 % en 1983 a 1.82 % en 1997; la cocaína aumento de 0.2 % a 1.4 % indico el aumento del 7 %. La preferencia del uso de drogas fueron los tranquilizantes en un 3.8 % la marihuana en un 2.6 %, los inhalables en un 2.5 % y la cocaína en un 2 %. Los hombres prefirieron la marihuana en un 7.5 %, la cocaína en un 6.1 %, los inhalables en un 5,4 % y los tranquilizantes en un 2.7 %, los hombres que han probado el crack representó el 2.5 %. A nivel educativo en los bachilleratos se consumían los tranquilizantes en un 4.1 %, los inhalables en un 3.5 %. En las escuelas secundarias el mayor uso de sustancias fueron los inhalables en un 4 %, la marihuana en un 2.8 %, los tranquilizantes en un 2.8 % y la cocaína en un 2.5 % (12).

En México desde hace tres años se han consumido las metanfetaminas en el Distrito Federal y en la Ciudades Fronterizas, el uso lo realizan adolescentes, sus edades fluctúan de los 14 a 18 años, su uso va en aumento, siendo más frecuentes en fiestas "rave" en las cuales la metanfetaminas se consumen solas o con alcohol formando "smart drinks", el uso del éxtasis droga sintética, se asocia su consumo en las fiestas juveniles y en las discotecas (13). Se llaman drogas sintéticas o de diseño a los alucinógenos y a los derivados de las anfetaminas. Varios factores han contribuido al aumento del abuso entre los que se encuentra el incentivo económico por ser de menor costo para el consumidor, una imagen relativamente benigna, la poca información de las consecuencias del uso agudo y crónico. Estas sustancias poseen un potencial para convertirse en el principal peligro de drogas de abuso del próximo siglo.

Se encuentra también el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Los datos son recopilados por el Servicio Médico Forense (SEMEFO), el consejo Tutelar de Menores y de los de Servicios de Urgencias Hospitalarias, en el

ámbito nacional la información es recopilada por la Procuraduría General de la República (PGR). Su enfoque es sobre el consumo de sustancias, en las personas que acuden a tratamiento de las Instituciones de Salud, por alguna enfermedad o por lesiones sufridas en la comisión de algún delito. En 1994 la población atendida en los centros gubernamentales de tratamiento, nueve de cada 10 fueron hombre, de los cuales el 67% eran solteros y en su mayoría su edad fluctuaba de los 15 a 19 años, seguido por el grupo de los 20 a 24 años. La sustancia más utilizada fue la marihuana, seguida de los inhalables, el alcohol y la cocaína. La marihuana se consume más en los estados del Distrito Federal y en la ciudad de Monterrey. Los inhalables se utilizan más en León Guanajuato, Guadalajara y en el Valle de México. La cocaína es la sustancia más utilizada en las ciudades de Tijuana, Juárez y Guadalajara. La información del SISVEA fue proporcionada por 5,070 individuos, que solicitaron atención médica de urgencia, de los cuales 357 (7 %) se encontraban bajo los efectos de alguna sustancia, de los cuales el 86 % eran hombres, el 48 % llegaron por una lesión externa que se asoció al uso y/o abuso de alcohol en el 63 % de los casos y a los inhalables en el 12 %. Con relación a las lesiones que presentaron las más frecuentes fueron por caídas en un 25 %, contusiones en un 22 % y lesiones por arma punzo cortante en un 19 %; en las caídas predominaron en las ciudades de Matamoros, León, Distrito Federal, San Luis Potosí y Guadalajara, las heridas por arma punzo cortante predominaron en Piedras Negras, León y Tijuana. Con respecto a la mortalidad notificada por el SISVEA 3070 defunciones, de las cuales 692 o sea el 22 % se produjeron bajo el efecto de una droga (13).

La violencia y las drogas están ligadas al carácter ilícito, donde se mueve por el consumo y la demanda. De acuerdo a los datos reportados por el Sistema Hemisférico de Información Estadística (HONLEA PEF, 1993), de los detenidos por narcotráfico en 16 países, el 46 % pertenece a México cifra que lo sitúa como el país con más detenidos por esta causa.

En la ENA, se encontró que las personas que llenaron el criterio de dependencia, consumieron más litros de alcohol, tuvieron patrones de consumo más fuertes y

también un índice mayor de problemas sociales, entre los que se encuentran: las riñas (41 %), de los problemas con la policía (25 %) y los accidentes no automovilísticos (25 %). El abuso de sustancias es un factor de riesgo importante para la ocurrencia de accidentes y violencias. En México el 20 % de los casos atendidos en las principales salas de Urgencias tenían niveles positivos de alcohol en sangre, el porcentaje aumenta a un 38 % cuando se considera solamente las lesiones sufridas por asaltos y riñas; lo mismo ocurrió en el 38 % de las necropsias realizadas a los suicidas; el 49 % de los homicidas habían consumido alcohol antes de cometer el delito (2). Las causas de muerte registradas bajo el efecto de una sustancia fueron: herida por arma de fuego (23 %) atropellamiento (18 %) choque de vehículo de motor (15 %), herida por arma blanca (8 %), intoxicados (9 %). Las drogas detectadas: alcohol en un 88 % y marihuana en un 3 %. Principales lugares a donde ocurrieron los hechos: vía pública 66 % y el hogar 17 % (13).

Se ha mencionado que a nivel mundial el uso de drogas, violencia y el crimen están con frecuencia unidos. Medina Mora en 1976 en sus estudios epidemiológicos llevados a cabo en México en penales estatales confirman la tendencia de mayores índices de uso y abuso de drogas, en las personas acusadas o sentenciadas por cometer delitos, que aquellos observados en la población en general en diferentes entidades del país. En las encuestas realizadas por la ENA en 1990 donde se proporcionó información sobre encuestas en hogares, pero lamentablemente no cubre a grupos de población recluida en Centros Penitenciarios, Centros de Protección Social para Menores Infractores, en Centros de Tratamiento y en población sin lugar fijo de residencia. En 1973 Safa-Barraza, Mier y Terán y Zermeno encontraron en el penal de Lecumberri que el 19% de los internos habían consumido marihuana y el 3% inhalables.

Cordilla en 1985, identificó tres grupos de delincuentes:

- **El 1er. Grupo** que denominó delincuentes profesionales, que dependían del crimen sobre la propiedad para subsistir, requiere cuidadosa planeación y habilidad de ejecución, entre ellos la intoxicación era considerada poco segura.

- **El 2º. Grupo** a las personas que cometían delitos contra la propiedad y que su estilo de vida estaba determinado por el consumo fuerte, el delito formaba parte del estilo de vida, los delitos eran menos sofisticados, más impulsivos y menos productivos económicamente hablando.
- **3er. Grupo** a las personas que cometían delitos contra la propiedad en grupo, usualmente ingerían alcohol antes del delito, éste aparentemente aumentaba el grado de impulsividad y camaradería, usualmente cometían delitos de alto riesgo y de poco beneficio. La evidencia parece señalar que la asociación entre el consumo de alcohol y delito, depende del tipo de delito y más precisamente del tipo de delincuente y que el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de ser detectado por la policía.

Los estudios realizados con bandas juveniles en la Ciudad de México muestran que el uso de drogas es frecuente en este ámbito. Las drogas que se consumen con mayor frecuencia son alcohol, marihuana, inhalables como el cemento y el thinner. Los usuarios de marihuana ocupan los lugares de liderazgo, mientras que los que lo usan los inhalables presentan con más frecuencia deterioro físico y mental. El consumo de drogas tiene en el grupo un factor de cohesión. Se encontró que los padres que con mayor frecuencia consumen alcohol y lo hacen en forma consuetudinaria, tienen hijos en las bandas. La mayoría de los miembros de las bandas reportaron haber sido golpeados por sus padres durante la infancia, tener problemas de farmacodependencia y participar en actividades antisociales y delictivas. En la ENA 1990 se encontró que las personas con dependencia tuvieron un patrón más fuerte de consumo y un índice mayor de problemas sociales, entre los que se encuentran: riñas en un 41%, los problemas con la policía en un 25% y los accidentes automovilísticos en un 25% (2).

En el Sistema de Reporte de Información en Drogas IMP 1997 se mencionó que en las instituciones de procuración de justicia el principal evento asociado al consumo

de drogas fue el de robo; el 86.7 %, ingresó por este motivo a la dirección General de Readaptación Social. Bajo el delito de "daños contra la salud" ingresaron 47.4 % de los usuarios a los Ministerios Públicos de la Procuración General de Justicia del Distrito Federal y el 46.7 % al Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" (3).

BREVE PANORAMA DE FARMACODEPENDENCIA A NIVEL MUNDIAL

Es un fenómeno de repercusión y magnitud mundial, la cual es multifactorial, se encuentra influida por aspectos socioculturales, psicológicos o individuales y en algunos casos lo importante es la carga genética. La interacción de estos factores es variable, predominando algunos de ellos dependiendo de la problemática de cada persona. Cabe señalar que existen factores de riesgo contemplados en las leyes y normas de cada país, en los que podemos hacer mención de la conducta problema de cada región; la disponibilidad ya sea una droga socialmente aceptada, la legalización del uso de drogas psicoactivas; la infraestructura económica de cada país, la conducta familiar con relación al uso de drogas.

A su vez los factores protectores que controlen el efecto de exposición al uso de una droga, entre ellos se encuentran las normas sociales; los patrones culturales establecidos por cada sociedad; la familia que provee a la persona de armas para enfrentar y resolver situaciones problemas sin necesitar de recurrir a drogas.

El narcotráfico es un problema que crece desmedidamente. El comerciar con sustancias ilícitas, el mercado está regido por la oferta y la demanda, las características individuales de los consumidores, la creación de las drogas sintéticas. Las convenciones y convenios de la Naciones Unidas contribuyen a comprender los esquemas de lucha para abatir la oferta y la demanda; durante mucho tiempo se realizó el combate a la producción y tráfico, siendo insuficientes para detener este problema. En relación con la legislación de las drogas, debe tenerse en cuenta que el uso de drogas, se ve asociado con la violencia y el crimen. Los que abogan por su legalización sostienen que los crímenes cometidos por los usuarios tienen como origen la necesidad de pagar por ellas, un estudio realizado por el National Institute of Justice de Estados Unidos mostró que el 70 % de los presos que cumplían sus condenas en las áreas metropolitanas de ese país estaba

integrado por delincuentes que habían consumido drogas en el momento de realizar la falta que motivó su arresto. El Instituto expresó en una de sus conclusiones "estos reos no cometieron sus crímenes simplemente para alimentar su hábito... las drogas cambiaron su conducta, orillándolos a actuar violentamente e irracionalmente". En 1996 en Texas un informe enviado por el presidente W. Clinton, de acuerdo con estadísticas oficiales, 72 millones de estadounidenses han probado alguna droga; en 1993 los farmacodependientes gastaron 49 mil millones de dólares para adquirir sustancias adictivas, su consumo ocasionó la muerte de 20 mil personas anualmente durante los últimos seis años de (1990 a 1995). En tres años se redujo el consumo de cocaína en casi 30 %, y los crímenes ligados al narcotráfico en 25 %.

Se logró principalmente por que menos jóvenes empezaron a consumir esa droga, pero los verdaderos adictos aumentaron su consumo. El dato de que uno de cada 100 estadounidenses (considerando todas las edades) consumen alguna droga ilegal diariamente.

Medina Mora 1997 refiere que en un estudio de internos de Instituciones correccionales de Estados Unidos 1991 (INNES 1992), se encontró un mayor índice en el consumo de alcohol en los prisioneros violentos (19.8 %), en su comparación con los no violentos. (8.2 %), (2).

La instancia consumo de droga en el momento de cometer los siguientes delitos en as oficiales de Estados Unidos proporcionan porcentajes lesiones 28 %, homicidios 28 %, delitos sexuales 20 %, robo 38 %, asalto a mano armada 23 %.

En 1993 seis de cada diez detenidos por robo o asalto habían consumido regularmente alguna droga durante el mes previo al arresto, y de éstos, cuatro estaban bajo el efecto de una droga en el momento de cometer el delito, su edad fluctúa de los 18 a 49 años en los hombres. Las personas que consumen alcohol, marihuana y cocaína tienen 10 veces más probabilidades de cometer un acto violento que los que no consumen drogas, o solo consumen alcohol responsablemente.

En relación con los datos de otros países se ha calculado que más de 50 % de los casos de abuso sexual y maltrato de menores se realiza por parte de sujetos bajo los efectos del alcohol. Con relación a la cocaína en un estudio realizado en Filadelfia en 1991, está relacionada con el 50 % de todos los casos en los que se golpea al niño hasta causarle la muerte, y con un 80 % de los reportes comprobados de abuso o maltrato a menores. En el Distrito de Columbia se encontró un 90 % de todos los casos ocurre por intoxicación por una o varias drogas (13).

A su vez el uso de drogas entre los adolescentes se ha incrementado, después de su tendencia a la disminución en décadas, de las sustancias más utilizadas son la marihuana, seguida de los inhalables y alucinógenos, su uso es mayor en los jóvenes, en los hispanos y blancos que en los afroamericanos (1).

En Holanda, Amsterdam ha sido considerada "la meca de la droga", en los COFFEE SHOPS de esa ciudad se puede escoger marihuana o hachís de un menú que se ofrece libremente. Se puede decir que se despenalizó el consumo de cocaína y heroína. En 1998 se informó que en Amsterdam tenían registrados 7000 adictos, de los cuales el 20 % eran de origen extranjero, y de ellos el 80 % de los delitos cometidos contra la propiedad los señalaba como responsables. Se observó el incremento de los crímenes durante un año, en 1981 fueron 812 000 y en 1992 llegaron a 1 300 000, de los cuales la población tuvo poca variación con relación al número de habitantes, los problemas causados fueron ventanas rotas de automóviles, ruido, desórdenes en las calles ligados al consumo de drogas, por lo que la población de Amsterdam está cansada. En la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, el secretario de Justicia de Holanda, mencionó "Nuestra política de coffee shops, como se ha llamado, se basó en la creencia de que tener listados, tolerados y monitoreados a los vendedores de drogas, ayudaría a asegurar a los usuarios de pequeñas cantidades de marihuana y hachís nunca entrarían en contacto con otras drogas (heroína y cocaína), que tienen efectos más graves sobre la salud. Sin embargo, este objetivo ha sido oscurecido por el gran crecimiento del número de coffee shops, lo que ha atraído cada vez más a los consumidores

principalmente de los países vecinos. Eso tiene que ser detenido... la distorsión de los objetivos principales originales debe terminar, y lo mismo el turismo de las drogas (14).

Suiza utilizó también una estrategia de despenalización por muchos años. Se tenían un gran parque público, la Platzpitz, los adictos residentes en el parque en 1987 fue de 300 y en 1992 eran más de 20 000.

Con relación a Italia y a España que permitieron el uso de la cocaína y la heroína ocupan los dos primeros lugares de Europa con relación al número de usuarios. La heroína es la droga más usada en España, la edad de inicio de los usuarios de heroína continúa aumentando; la mayor parte de los problemas derivadas del consumo de drogas se debe a la heroína y al abuso de drogas inyectadas, el uso de la cocaína ha aumentado muy poco; el crack no es muy usado, pero tiende a aumentar entre los usuarios a la heroína, la marihuana es la droga más extendida en España y en la población en general entre los europeos.

En Praga la sustancia de primera elección parece ser la metanfetamina.

Con relación a lo anterior se sabe que el 1 % de la población europea consume heroína y del 5 al 8% de la población de adultos europeos consumen alguna droga(13).

La situación actual del Asia del este y del sur, el consumo de heroína predomina en las capitales de Tailandia, Malasia, el cannabis es una droga predisponen para el uso de otras drogas en Tailandia, Malasia y Saigón. El uso de la cocaína es escaso; la mortalidad es importante y se asocia con la sobre dosis y con las infecciones transmitidas por el uso de jeringas compartidas. En Manila predomina el consumo de la metanfetamina fumada. Con relación a Sudáfrica, las drogas más utilizadas en sus ciudades fueron el alcohol, cannabis y metacualona. Se ha observado la disminución del precio y se ha incrementado la disponibilidad. Las personas jóvenes se involucran más en la distribución de esas drogas, además se observó la tendencia a un consumo mayor de crack, cocaína y heroína. En Australia se observó el aumento del consumo de la heroína la que se consume fumada o inyectada, en los centros correccionales los adolescentes

reportan una prevalencia de toda la vida del 19 % y en los prisioneros adultos del uso de alguna vez en la vida es del 40 %. Las anfetaminas ocupan el segundo lugar entre las drogas más usadas, el 18 % de los jóvenes en correccionales reportaron su uso el mes anterior. La cocaína se usa poco y es cara.

Con relación a Centroamérica y el Caribe. La droga más usada de una vez en la vida es la mariguana. En Panamá y en el Salvador se reporta más frecuentemente el uso de cocaína que en Honduras. San José tiene el nivel más alto de uso de crack en las poblaciones estudiadas. Managua y Panamá reportan niveles altos de consumo de alcohol (15). En Costa Rica en 1995 se realizó una encuesta nacional sobre el consumo de drogas. De los cuales el 50.2 % eran mujeres y sus edades fluctuaban de los 12 a 70 años, las cuales residían en su hogar, un año previo al estudio. De ellas el 63 % eran amas de casa y la prevalencia en general en el consumo indebido, sin prescripción médica de tranquilizantes, fundamentalmente benzodiacepinas fue de 2.9 % en relación, a que por cada hombre dos mujeres consumen benzodiacepinas, se conoce que por razones de orden cultural, el hombre alivia las tensiones mediante el uso del alcohol, llama la atención que casi seis de cada diez mujeres haya intentado dejar de tomarlas, ya que la mayoría de ellas lo hacían para soportar la ansiedad y conciliar el sueño. La prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas en Colombia el consumo de alguna vez en la vida, en un estudio a nivel nacional fue de 23.6 %, sin embargo en el estudio de 1992 se estimó en 87.7 %. La prevalencia general de consumo de bebidas alcohólicas fue de 47 %. Las consumidoras activas de bebidas alcohólicas no suelen practicar ejercicio, el 36 % de los estados de tensión o estrés se presentan tres o más veces a la semana.

Un 61.1 % de las bebedoras excesivas son mujeres casadas o que viven en unión libre. Con relación al consumo de sustancias ilícitas las mujeres costarricenses son bajas; la prevalencia general de consumo de una droga ilegal de alguna vez predominó el uso de la mariguana. Con respecto a la mujer mexicana la prevalencia de vida de consumo de sustancias ilícitas es muy similar, fue el 0.8 % y en las mujeres colombianas es de 2.9 %, en la población de la mujer

estadounidense es de 32.4 %. Se menciona que el uso de benzodiazepinas y alcohol, están relacionados con la tensión y la adopción de símbolos de liberación o progreso mal entendido.

La comparación internacional del uso de alguna vez en la vida de drogas por estudiantes se observó con relación a la marihuana en 1998 en Estados Unidos 48.6%, Gran Bretaña 1994 30%, Canadá 22.7%, Guatemala 1997 6.5%, México 1997 5%; con la cocaína Estados Unidos 8.7%, Guatemala 5.1%, Chile 4.2%, México 4.1%; con los inhalables Suecia 9%, Dinamarca 7%, Grecia 6.3%, Francia 5.5%, Finlandia 4.4, Colombia 4.2%, México 4.1% (15).

DEPRESION Y ANSIEDAD

El estado de ánimo es una emoción generalizada, persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera, ansiedad.

A diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional, el estado de ánimo, se refiere a un "clima " emocional más persistente y sostenido.

El término de afectividad abarca todos los fenómenos como son: pasiones, sentimientos, intereses, inclinaciones, agresividad. Para la clínica psiquiátrica la afectividad es una función y por lo tanto tiene el carácter esencial de ser una abstracción (17).

El término deprimido se emplea con frecuencia para describir una variación con: espectro al estado emocional habitual de la persona, y a veces indicar que se está descontento con uno mismo. Este estado temporal puede permanecer algunas horas, o un día o dos; pero no entorpece en forma importante las actividades habituales de la persona. Hay una disminución de la energía, una sensación de abatimiento y tristeza, hay también una pérdida de espontaneidad.

Existen varias definiciones de depresión se mencionan algunas:

Depresión es la pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades acompañada de síntomas como baja de peso, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse, toma de decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o de ideación, planes o intentos suicidas (17).

El término depresión se emplea para describir un trastorno más grave del estado de ánimo que se acompaña de un deterioro de las actividades normales. Hay un sentimiento perfectamente definido de tristeza, de soledad, de alejamiento de todos los demás, incluidos los amigos más cercanos (10, 14). La conciencia moral se ve afectada en el mismo nivel que una enfermedad cualquiera puede producir insatisfacción y penas, la posición moral puede comprenderse por el grado de incapacidad o invalidez en que se vive, pero en ningún momento tiene evidencia de patología en los rasgos formales de los contenidos de la moral, (15).

La depresión es el resultado de la pérdida de la autoestimación, desencadenada por el trauma del acontecimiento. La gravedad de la pérdida está relacionada con el nivel de importancia que ocupaba en la vida del individuo la persona u objeto perdido. Los síntomas afectivos son: la tristeza, pérdida de iniciativa, apatía, pérdida de interés por la gente, los objetos o actividades laborales, sociales y culturales que antes proporcionaban satisfacción al paciente. En otros pacientes se observa un grado de ansiedad elevada con agitación e inquietud, características más sobresalientes. En la actividad mental, el paciente expresa la pérdida de la autoestimación en forma de evaluación negativa de sí mismo, sobre todo de los aspectos de la conducta que se consideraban más valiosos: todas las expresiones se asocian con sentimientos de fracaso e incapacidad. Los síntomas físicos son variados, puede existir pérdida de apetito y de peso, palidez, estreñimiento y disminución de la temperatura superficial corporal, sobre todo en las extremidades. Cefalea, cansancio, falta de energía, insomnio, disminución del deseo sexual y acentuación de las dolencias físicas menores ya existentes. En algunos casos los síntomas somáticos se centran en dolores de espalda o trastornos del aparato digestivo, (14). El aspecto exterior tiene todos los rasgos de cansancio y de preocupación. La ansiedad es un mero síntoma o síndrome implícito (17).

Del mismo modo lo que vive el paciente como dificultad de concentración, de decisión o como rumiación de pensamientos, es percibido por el examinador por la lentitud de los movimientos, la falta de fuerza en la voz, la falta de dirección de la mirada, la indecisión de los gestos, la latencia en las respuestas, etc., en otro grupo se encuentran los síntomas que son la expresión del compromiso, de la ritmicidad biológica no pueden ser percibidos en la intuición fenomenológica, pero siendo un síntoma subjetivo, es al mismo tiempo el más fácil de objetivar: la alteración del sueño se puede medir, la disminución del apetito, y del peso o para la lentitud o la aceleración de la digestión, (18).

La ansiedad es un estado afectivo muy importante y es un sentimiento molesto como respuesta a amenazas interiores, se puede percibir subjetivamente o caracterizarse por respuestas motoras y viscerales: hiperhidrosis, sequedad de la

boca, anorexia, estreñimiento, vómito, diarrea, hipersecreción gástrica, cambios en el ritmo cardíaco y tensión arterial. La persona puede volverse agitada, hiperactiva o mostrar tensión motora. La teoría más aceptable sobre la ansiedad es la que se afirma que funciona como signo de peligro interior; se le considera como una indicación para que él yo use mecanismos de control más enérgicos a fin de mantener los impulsos del ello y los conflictos asociados dentro de límites inconscientes de la mente (14). Es muy común observar que en los pacientes con trastornos de ansiedad, después de varios años de evolución tiendan a manifestar episodios depresivos, mientras que, por el contrario es excepcional que los pacientes con depresión crónica desarrollen trastornos de ansiedad, (19).

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, fue desarrollado en la década pasada y que incluyó la evaluación de cerca de 20 000 sujetos en comunidades tanto rurales como urbanas, reportó una prevalencia de depresión mayor de del 3.0 % en el período de 6 meses anteriores a la entrevista, y de 5.8 % tomando en cuenta toda la vida del sujeto. Este mismo estudio encontró además que el 1.9 % y el 3.6 % de la muestra, presentaba depresión asociada con diversos tipos de ansiedad, en los dos períodos respectivos. Esto significa que al rededor del 33 % de los sujetos presentaban o habían presentado trastornos depresivos, además de trastornos de ansiedad. En un estudio realizado en Zurich en 1979, con revaloración de la muestra en años posteriores se encontró que la comorbilidad entre la depresión y la ansiedad reportada fue tres veces mayor que la esperada si se hubiera hecho al azar, en el corte transversal. Al efectuar el seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo, se encontró que el 36 % de los pacientes que fueron diagnosticados inicialmente con un trastorno de ansiedad, desarrollaron en el curso de los siguientes 7 años un trastorno depresivo, mientras que la muestra de sujetos diagnosticados en la primera entrevista con trastornos depresivos tendieron a no complicarse con otro trastorno. En resultados obtenidos en estudio que enfocaban los aspectos genéticos han generado la evidencia de que los familiares de primer grado, de los

pacientes deprimidos, tienen un riesgo elevado de presentar trastornos de ansiedad o depresión, en un rango que va de 41 al 75 %.

Los estudios epidemiológicos, por ejemplo, se encuentran índices importantes de comorbilidad de la depresión con entidades tales como ansiedad y uso o abuso de alcohol y sustancias psicoactivas (19). La comorbilidad con el abuso de alcohol aumenta la probabilidad de violencia (2, 19, 20, 21, 22).

En general las mujeres alcohólicas suelen deprimirse más que los hombres y suelen tener con más frecuencia depresión mayor y un alcoholismo asociado. Los trastornos depresivos pueden servir como factores de riesgo para el desarrollo de alcoholismo. La coexistencia de un trastorno depresivo puede alterar el curso, pronóstico y respuesta al tratamiento de un problema de alcoholismo.

En un estudio de prevalencia de trastornos mentales del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos reportó que el riesgo relativo de presentar depresión en aquellos pacientes diagnosticados con abuso y/o dependencia al alcohol fue de 2.5% para los hombres y de 2.9% para las mujeres. De los que fueron diagnosticados como alcohólicos, solo el 2% de los hombres y el 13% de las mujeres tuvieron el diagnóstico concurrente de depresión mayor o de distimia.

Es frecuente que un problema de adicción implique un problema de alcoholismo. Al haber un intento de suicidio se debe investigar el uso de alcohol. El abuso de alcohol es también un problema común en poblaciones expuestas a un alto nivel de estrés social. Esta tensión ambiental tiene su origen en fenómenos tales como la pobreza, la falta de oportunidades de mejorar y de logros sociales, la inaccesibilidad a las estructuras de poder, la anomia, los conflictos de identidad cultural y la aculturación entre otros.

Los factores socioculturales que influyen sobre la población en su manera de beber, se encuentran:

1. - La disponibilidad de bebidas alcohólicas y hábitos tradicionales que incluyen el consumo frecuente.
2. - Alto grado de estrés colectivo.
3. - La inexistencia de sanciones sociales contra el consumo excesivo.

4. - La estructura ética y filosófica ambivalente hacia el alcohol.

5. - Finalidad "utilitaria" del uso de alcohol (14).

Los factores ambientales que rodean al individuo tienen gran influencia. El individuo nace con un potencial determinado, el que sufre modificaciones, tiene la influencia familiar, en la que es importante tomar en cuenta el estrato socioeconómico, que provengan del medio rural o del urbano, nivel de cultura, si es de una familia integrada la presencia del padre o ausencia del él; la escuela que es donde el niño se relacionará con otros pequeños adquiriendo nuevos conocimientos; Robins y Rutter, en 1993 han documentado que es claramente predecible a partir de una niñez antisocial conducta no cooperadora o confortativa combinada con la patología de la familia de crianza que influye la presencia de enfermedad psiquiátrica en los padres, crimen y practicas de formación violentas o erráticas. De acuerdo con estos estudios, los problemas durante la infancia son virtualmente necesarios para que en la edad adulta se observe fracaso para conformarse con las normas; sin embargo, en raras ocasiones no aparecen signos de alarma sino hasta la adolescencia media o tardía. (6)

Nota: El uso de la terminología en el abuso de sustancias es tan complejo como el problema mismo. En el DSM-III-R se habla de "sustancias psicoactivas ", pero en la cuarta edición el DC-IV se refiere solo como "sustancias" y los trastornos derivados de su consumo como " trastornos relacionados con sustancias", se menciona que el término "psicoactivo" se corre el riesgo de limitarse únicamente aquellas sustancias que tiene como efecto primario el funcionamiento cerebral. El concepto de psicoactivas no incluye a los compuestos capaces de interferir con la actividad general normal (como los disolventes orgánicos), que pueden ingerirse voluntariamente o de forma accidental. Tampoco es posible diferenciar las sustancias legales de las ilegales. Es preferible hablar de sustancias que de drogas, ya que este término implica una manipulación química y muchas de las sustancias de las que se abusa se obtiene de forma natural (por ejemplo el opio), o no son pensadas para el consumo humano (como los pegamentos) (17).

Dependencia a las sustancias la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia. El diagnóstico de dependencia se puede aplicar a todas las sustancias con excepción de la cafeína. Aunque no está específicamente en los criterios diagnósticos, la necesidad "irresistible" de consumo (craving) se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia a sustancias. La dependencia se define como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un mismo período de 12 meses.

Tolerancia (criterio 1) es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuo a las mismas dosis.

Abstinencia (criterio 2) es un cambio de comportamiento desadaptativo, concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o de los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos. Normalmente desde que despierta. Patrón de uso compulsivo de una sustancia, característica en la dependencia de sustancias. Puede ocurrir que el sujeto tome la sustancia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más prolongado de lo originalmente pretendido (criterio 3). El sujeto puede expresar el deseo persistente regular por abandonar el consumo de la sustancia, en algunos casos habrá un historial previo de numerosos intentos infructuosos de regular o abandonar el consumo de la sustancia (criterio 4). Es posible que el sujeto dedique mucho tiempo a obtener la sustancia, a tomarla y a recuperarse de sus efectos (criterio 5). En algunos casos la dependencia de sustancias, todas las actividades de la persona giran virtualmente entorno a la sustancia. Importantes

actividades sociales, laborales o recreativas pueden abandonarse o reducirse debido al consumo de la sustancia (criterio 6). El sujeto puede abandonar las actividades familiares o hobbies con tal de consumir la sustancia en privado o estar más tiempo con los amigos que consumen la sustancia. También puede ocurrir que, a pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como fisiológico (por ejemplo: síntomas de depresión o lesión de órganos), la persona continua consumiendo la sustancia. (criterio 7). El aspecto clave de este criterio no es la existencia del problema, sino más bien la imposibilidad de abstenerse del consumo de la sustancia a pesar de ser consciente de las dificultades que ésta causa. La característica esencial del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetitivo en situaciones en que puede hacerlo físicamente peligroso, en problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (16).

La coexistencia de un trastorno depresivo puede alterar el curso, pronóstico y respuesta al tratamiento de un problema de alcoholismo. Los síntomas depresivos, ansiosos y de irritabilidad, que se presentan con el consumo crónico de alcohol, no deben considerarse como suficientes para la elaboración de un diagnóstico afectivo correspondiente, (19). La depresión puede ser más frecuente que la ansiedad en los alcohólicos. "Los nervios alterados", insomnio o depresión; a veces los síntomas fóbicos, los celos patológicos, los síntomas paranoides y la demencia o delirio pueden estar relacionados con el alcohol. Es frecuente que un problema de adicción implique un problema de alcoholismo. Al haber un intento de suicidio se debe investigar el uso de alcohol. El abuso de alcohol es también un problema común en poblaciones expuestas a un alto nivel de estrés social. Esta tensión ambiental tiene su origen en fenómenos tales como la pobreza, la falta de oportunidades de mejorar y de logros sociales, la inaccesibilidad a las estructuras de poder, la anomia, los conflictos de identidad cultural y la aculturación entre otros.

El alcoholismo puede asociarse a la comorbilidad con la depresión y la ansiedad. El alcoholismo puede conducir a depresión en algunas personas y seguir a la depresión en otras.

En un estudio llevado a cabo recientemente en la comunidad se encontró que el 76 % de los hombres y el 65% de las mujeres con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplían los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional. La comorbilidad más frecuente incluye el abuso de drogas, una de las cuales suele ser el alcohol. Otros estudios psiquiátricos comúnmente asociados con el trastorno antisocial de la personalidad, las fobias y demás alteraciones de ansiedad, los episodios depresivos mayores y distimia.

El trastorno antisocial de la personalidad, en varios estudios ha demostrado que entre el 35 % y el 60 % de los pacientes que cumplen con los criterios de abuso o dependencia de sustancias, los pacientes con un diagnóstico de abuso o dependencia a sustancias y que además probablemente consuman sustancias diversas que presentan más psicopatología, están menos satisfechos con sus vidas, son más impulsivos, más solitarios y están más deprimidos que los otros pacientes que presentan sólo trastorno de la personalidad. Los síntomas de depresión son comunes entre las personas con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias. En el consumo de drogas es también un importante factor precipitante de suicidios. Las personas que abusan de estas sustancias, tienen una probabilidad de 20 veces mayor de morir por esta causa que la población en general. El 15 % de las personas que abusan del alcohol y presentan dependencia han intentado suicidarse, (14). La depresión en la población general en las personas que solicitan servicio médico puede llegar a un 20 % (24).

MARCO JURIDICO

El derecho a la protección de la salud es una garantía social consagrada en el 4º artículo constitucional se encuentra contemplada en la magna carta de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 4. La Nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La Ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la Ley.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental. La ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas, (25).

En la Ley General de Salud en el artículo 3º, en su fracción XXI establece que es materia de salubridad general el programa contra la Farmacodependencia, así mismo establece en su artículo 13 apartado A, fracción II, que corresponde al Ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría Salud organizar y operar los

servicios de relativos al mencionado programa, así como vigilar su funcionamiento o en coordinación con dependencias y entidades del Sector Salud.

En el Título Undécimo Capítulo 1 en su artículo 184 Bis crea el Consejo Nacional contra las Adicciones, se menciona el objeto de su creación, el cual evalúa los programas contra el Alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas artículo 134, Programa Contra el Tabaquismo artículo 188,

El artículo 191 la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del Programa contra la Farmacodependencia a través de las siguientes acciones:

La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes.

La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancia psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales

La educación e instrucción da a la familia ya a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia a adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

El artículo 192 La Secretaría de Salud elaborará un Programa Nacional contra a Farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del Sector Salud y con los gobiernos de las entidades federativas

El artículo 193 los profesionales de la salud al prescribir medicamentos que contengan sustancias que puedan producir dependencia, se atenderán de acuerdo a lo previsto en los capítulos V VI del Título Décimo segundo de esta Ley, en lo relativo a prescripción de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Para combatir el abuso de drogas en todas sus formas y niveles, la Ley General de Salud establece el control sanitario del proceso, importación y exportación de medicamentos, estupefacientes y sustancias psicotrópicas y las materias primas que intervengan en su elaboración, señalando en su artículo 194, que dicho control compete en forma exclusiva a la Secretaría de Salud, en función del potencial de riesgo para la salud que estos productos representa.

El capítulo V de la Ley General de Salud, se enuncian en su artículo 234, las a sustancias que para efectos de este ordenamiento se consideran estupefacientes, señalándose en el artículo 235 que la siembra, cultivo. Cosecha, elaboración, preparación, posesión, comercio, transporte en cualquier forma prescripción médica suministro, empleo, uso consumo y, en general, todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier producto que les contenga queda sujeto a:

- Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos: Los tratados y convenios internacionales en que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política;
- Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General;
- Lo que establezcan otras leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia;
- Las normas técnicas que dicte la Secretaría de Salud, y
- Las disposiciones relacionadas que emiten otras dependencias del Ejecutivo Federal en el ámbito de sus respectivas competencias.
- Los actos aludidos anteriormente sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos, y requerirán autorización de la Secretaría de Salud.
- El capítulo VI regula lo concerniente a las sustancias psicotrópicas, señalando en su artículo 244 que para los efectos de la Ley General de Salud, se consideran sustancias psicotrópicas las señaladas en el artículo 245.
- Sustancias Psicotrópicas artículo 245 fracción I, las que tienen un valor terapéutico escaso o nulo y que su susceptibilidad de uso indebido o abuso, constituye un problema especialmente grave para la Salud Pública. El artículo 247 menciona lo relacionado con la siembra, cultivo, cosecha, preparación todo lo relacionado con psicotrópicos.
- El artículo 253 lo relacionado con las sustancias psicotrópicas que carecen de valor terapéutico. El artículo 254 para evitar y prevenir el consumo de sustancias inhalables que produzcan efectos psicotrópicos en las personas.

- En su artículo 254, la ley prevé que la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencias se ajustarán a lo siguiente:

Determinarán y ejercerán medidas de control en el expendio de sustancias inhalables, para prevenir su consumo por parte de menores de edad e incapaces.

Establecer sistemas de vigilancia en los establecimientos destinados al expendio y uso de dichas sustancias, para evitar el empleo indebido de las mismas;

Brindarán la atención médica que se requiera a las personas que realicen o hayan realizado el consumo de inhalables, y

Promoverán y llevarán a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de sustancias inhalables.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad. El artículo 34 en su fracción I no se autorizará la publicidad de las bebidas alcohólicas con relación a ideas o márgenes de éxito, prestigio o fama; fracción II los que atribuyen a los productos sedantes, estimulantes o deshinbidoras.

En los artículos 52, 53, 54 lo relacionado a la publicidad de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, (26).

En el Reglamento para la Organización y del Consejo Nacional Contra las Adicciones publicado en el diario Oficial de la Federación el 15 de Febrero de 1988 (1).

Capítulo I artículo 1º, el Consejo Nacional Contra las Adicciones tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de Salud Pública causados por el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.

En su artículo 2 propone las acciones de seguimiento, las actividades de análisis e investigación, las disposiciones de la producción, comercialización y consumo de las bebidas alcohólicas, tabaco y fármacos.

El Programa Nacional para el control de Drogas 1989, 1994, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 30 de enero de 1992, resume la respuesta nacional ante el problema de las drogas, canaliza en dos vertientes: por una parte primero la prevención del uso indebido de drogas, y el tratamiento a los adictos y el segundo el combate a la delincuencia asociada.

Su objetivo principal es abatir los niveles de farmacodependencia, producción, procesamiento, tráfico, comercialización ilícita de psicotrópicos actuando con un enfoque integral promoviendo la disminución de la oferta de psicotrópicos y estupefacientes (1):

El Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal Título Séptimo Delitos Contra la Salud lo relacionado con la producción, tenencia, tráfico, proselitismo otros actos en materia de narcóticos, en sus artículos 193, 194, 195 Bis, 196, 198 y 199 (27).

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad (26).

El programa Nacional para el Control de Drogas 1989-1994.

El Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Control Sanitario de actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

El Reglamento para el Control de Sustancias Psicotrópicas por Inhalación publicado en el Diario Oficial en febrero de 1981 (1).

METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de las adicciones está en estrecha relación con los hechos delictivos en la sociedad, aunque afecta principalmente a los varones, es un hecho que cada vez es mayor el porcentaje de mujeres que se ven afectadas. En ocasiones antes de ser aprehendidas es nulo u ocasional el consumo de drogas, pero cuando son privadas de la libertad sufren alteraciones del estado de ánimo debido al estrés que produce el encierro y el mismo medio que hace propicio el tráfico de drogas que las predispone, y cuando no cuentan con dinero para comprar drogas como marihuana, cocaína, etc. Utilizan sustancias baratas que están más a su alcance como es el esmalte de uñas, crack, etc.

A pesar de ser un grave problema de salud dentro de esta población que quizá las hace reincidir en el delito no hay estudios sobre este tema, por lo que surge la siguiente pregunta:

¿ Cuales son las características de las reclusas del centro de readaptación social Tepepan en cuanto a edad, estado de ánimo, consumo de drogas y tipo de delito durante el periodo comprendido del 1º de diciembre de 1998 al 15 de mayo de 1999?.

JUSTIFICACION

Se considera que las mujeres alcohólicas suelen deprimirse más que los hombres y tener con mayor frecuencia cuadros de depresión mayor y un alcoholismo asociado.

Se ha observado que los trastornos depresivos pueden servir como factores de riesgo para el desarrollo de adicciones. Si consideramos que en los reclusorios hay una población cerrada en la que existe un alto grado de estrés colectivo y que los factores ambientales que rodean al individuo tienen gran influencia en el desarrollo de una adicción es importante observar el comportamiento de las mujeres internas en el Centro de Readaptación Social Tepepan. Haremos mención a la comorbilidad que se refiere a la presencia de dos o más enfermedades de tipo médico o psiquiátrico, incluyendo al alcohol y otros trastornos por el uso de drogas en la misma persona. El interés que recae en la comorbilidad es por el hecho de que al entenderla conducirá al desarrollo de mejores modelos etiológicos, de prevención y de tratamiento para el uso de alcohol y de los trastornos asociados como la depresión, ansiedad y frecuentemente a el uso y abuso de dos o más sustancia (3). En las cárceles de la ciudad de México sabe existe el uso y abuso de drogas, el que se ha relacionado con la ansiedad y la depresión.

En la Literatura Nacional existen pocos estudios relacionados con los estados emocionales, las adicciones y otras patologías de las mujeres que se encuentran privadas de su libertad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de las reclusas del centro de readaptación social Tepepan en cuanto a edad, estado de ánimo, consumo de drogas y tipo de delito durante el periodo comprendido del 1º de diciembre de 1998 al 15 de mayo de 1999.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Conocer la distribución por grupos de edades de las internas del Centro de Readaptación Social Tepepan.
- Identificar la frecuencia del estado civil de las internas del Centro de Readaptación Social Tepepan.
- Determinar la frecuencia del consumo de drogas de las internas del Centro de readaptación Social Tepepan.
- Conocer la distribución del estado de ánimo de las internas del Centro de Readaptación Social Tepepan.
- Conocer la frecuencia del tipo de delito por el que se encuentran reclusas en el Centros de readaptación Social.

HIPOTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis, ya que no se establecen realmente relaciones causales

DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL

El estudio se realizó del 1o de diciembre de 1998 al 15 de mayo de 1999, en el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan

CRITERIO DE INCLUSION

Se incluyeron a todas las internas del Centro de Readaptación Social Tepepan.

CRITERIO DE EXCLUSION

Se eliminaron a todas las pacientes del área de Psiquiatría y las internas que negaron a contestar los cuestionarios clínicos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Centro de Readaptación Social Tepepan tiene un universo de 314 internas, se estudiaron a 254 internas ya que se eliminaron a las pacientes psiquiátricas y a las que no aceptaron participar en el estudio por lo que no fue necesario calcular una muestra.

DISEÑO DE LA MANIOBRA

Se solicitó autorización de la Institución para realizar el estudio, con apoyo de la Torre Médica en el área de Psiquiatría; nos proporcionaron listas de las internas de toda la población del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan, con excepción de las pacientes psiquiátricas. Se proporcionó un consultorio exprofeso para la aplicación de los cuestionarios clínicos

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

La aplicación de los cuestionarios se realizó de manera voluntaria y personal a toda la población de internas del Centro de Readaptación Social Tepepan, con asesoría del área de Psiquiatría, los instrumentos utilizados fueron: "Cuestionario Clínico de Diagnóstico del Síndrome Depresivo", del Dr Calderón Nárvaez, (cuestionario

validado en nuestro país), el "Cuestionario para la Depresión" W. W. K. ZUNG, se investigó por ficha sociodemográfica la edad y el estado civil de los sujetos, así como el consumo de drogas como: el alcohol, la mariguana, la cocaína, el crack, las pastillas y otras entre las que se encuentran la heroína, la inhalación de barniz, se tuvo apoyo del área de C. O. C, para revisar el tipo de delito de acuerdo a los expedientes jurídicos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Delito cometido	Es El acto u omisión que sancionan las Leyes Penales	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Robo Calificado • Robo de infante • Homicidio • Fraude • Delitos contra la salud • Privación ilegal de la libertad • Violación de menores • Corrupción de menores

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Estado Civil	Condición de un individuo en que toca a sus relaciones con la sociedad	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión Libre • Divorciada • Viuda
Consumo de drogas	Es el consumo de alguna sustancia capaz de producir en un nivel central un efecto generalmente placentero	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Marihuana • Crack • Cocaína • Pastillas • Alcohol • Otras
Estado de Ánimo	Emoción generalizada persistente que colorea la percepción del Mundo.	Cualitativo Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Depresión y Ansiedad • Normal
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	Cuantitativo Continuo	<ul style="list-style-type: none"> • 20 a 24 años • 25 a 29 años • 30 a 34 años • 35 a 39 años • 40 a 44 años • 45 a 49 años • 50 a 54 años • 55 a 59 años • Más de 60 años

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

Cronograma: ver cuadro Anexo.

RESULTADOS

El Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan tenía una población de 314 internas, en el período comprendido de noviembre de 1998 a mayo de 1999; se aplicaron cuestionarios clínicos a las personas que aceptaron participar en el estudio 254 en total, se eliminaron 35 mujeres por ser pacientes psiquiátricas y 25 que no aceptaron participar.

La media de edad fue de 34.43 con una Desviación estandar de \pm 10.43 años, el rango de edad varió de 18 a 69 años. Se agrupó a la población de internas en grupos de edad y se encontró que el predominio de acuerdo a la edad fue de 20 a 29 años con 60 mujeres (46%) y con menor frecuencia las mayores de 55 años que fueron 12 personas (5%) (ver gráfico 1).

Del total de las 254 internas al considerar su estado civil se encontró que predominaron las solteras en un 50% (127), las que vivían en unión libre en el 20% de los casos (51), casadas en el 19% (49), en menor frecuencia fueron las viudas en el 7% (17) y divorciadas 4% (10) (ver gráfico 2).

En relación al consumo de drogas. Se encontró que 115 sujetos (45 %) usan una o varias drogas y 139 (55 %) no las utilizan (gráfico 3). De las cuales utilizan una droga 18 sujetos (15%), de las que ingieren dos drogas 25 personas (22%), que consumen tres drogas 23 mujeres (20%), que usan más de tres 49 internas (43%). (Ver gráfico 3).

Se observó que la droga que más se consumió fue la mariguana en 84 casos (74%), seguida por el crack en el 79 personas (69 %), la cocaína fue usada por 62 internas (54%), el alcohol lo ingirieron 57 internas (50%), las pastillas las

consumieron 50 sujetos (44%) y con mucha menor frecuencia las otras drogas (inhalables, barniz de uñas, heroína, morfina, etc.) usadas por 19 personas (17%). (Ver gráfica 4)

Con respecto al total de la población se encontró que 120 sujetos (47%) se observó la depresión en 66 sujetos (55%), presentaron depresión acompañada de ansiedad 24 personas (20%) y con menor frecuencia la ansiedad en 30 internas (25 %) en 134 internas no se observó alteración (53%) (ver gráfica 5).

Con respecto al delito cometido predominó el Robo en 124 internas que representaron el 49 %, seguido por el de Homicidio en 40 sujetos (16%), Robo de Infante cometido por 19 internas (7%), Fraude cometido por 19 mujeres (7%). Delitos contra la Salud por 30 personas (12%), Violación a Menores realizado por 7 sujetos (3%), fue similar el Secuestro 7 mujeres (3%), el porcentaje menor fue por Lesiones en 5 sujetos (2%) y de Corrupción de Menores en 3 internas (1%). Ver gráfica 6.

En la relación de la edad con la depresión y la ansiedad se obtuvieron los siguientes datos:

En las 60 internas del grupo de 20 a 24 años; predominó la depresión en 11 sujetos (18%), la depresión y ansiedad en 9 mujeres (15%) y la ansiedad en 10 personas (17%); 30 internas sin alteración (50%).

En el grupo de 25 a 29 años integrado por 56 mujeres; la depresión se presentó en 14 personas (25%), depresión y ansiedad 5 de ellas (9%) y la ansiedad en 6 sujetos (11%), sin alteración en 31 internas (55 %).

Del grupo de 30 a 34 años que agrupó a 37 sujetos; la depresión se presentó en 11 internas (30%), ansiedad y depresión en 2 (5%), y la ansiedad en 4 personas (11%), 20 mujeres sin alteración (54%).

El grupo de 35 a 39 años estaba integrado por 51 internas; la depresión se detectó en 20 sujetos (39%), la depresión y ansiedad en 6 de ellas (20%) y la ansiedad en 4 mujeres (8%) y 21 internas sin alteración (41%).

En el grupo de 40 a 44 años tenía a 8 mujeres; de las cuales presentaron depresión 2 sujetos (25%), en 1 sujeto depresión y ansiedad (13%) y la ansiedad 2 internas (25%) y no se detectó alteración en 3 personas (37%).

Del grupo de 45 a 49 años con 15 internas; la depresión se presentó en 3 sujetos (20%), en ansiedad y depresión en 1 mujer (7%), la ansiedad en 1 persona (7%) y sin alteración 10 personas (73%).

En el grupo de 50 a 54 años con 15 personas; la depresión se encontró en 1 interna (7%), la ansiedad en 1 sujeto (7%) y sin alteración 8 (53%).

El grupo de más de 55 años estaba integrado por 12 mujeres; en 4 sujetos se detectó la depresión (33%), la ansiedad en 2 internas (17%), sin alteración 8 internas (67%).

Al considerar el uso de drogas, se observó mayor consumo de drogas en las internas que presentaban depresión y ansiedad, lo que se menciona a continuación.

De los 120 sujetos que presentaron depresión y ansiedad, 70 internas (61%) consumían algún tipo de droga.

Si consideramos al estado civil con la depresión y la ansiedad observamos:

En las 127 solteras presentaron la depresión en 36 internas (28%), ansiedad en 22 mujeres (17%), la depresión acompañada de ansiedad en 12 personas (10%) y en 57 sujetos no se detectó alteración (45%).

En las 51 de unión libre se observó la depresión en 13 personas (25%), la depresión acompañada de ansiedad en 6 mujeres (12%), y no hubo alteración en 32 internas (63%).

En las 10 divorciadas se encontró la depresión en 5 reclusas (50%), la ansiedad en 2 de ellas (20%), y sin alteración 3 sujetos (30%).

En las 17 viudas se presentó la depresión en 2 mujeres (12%), la ansiedad en 3 personas (18%) y sin alteración 12 internas (70%).

La distribución de delitos con relación a la población se observó:

Predominó el Robo en 124 casos (49%), el segundo lugar lo ocupó el Homicidio 40 internas (16%); los Delitos contra la Salud en 30 mujeres (12%), el Robo de Infante en 19 casos (7%), el Fraude en 19 personas (7%), la Violación a Menores en 7 sujetos (3%), el Secuestro en 7 mujeres (3%), Lesiones en 5 internas (2%) y la Corrupción de Menores en 3 internas (1%).

Al relacionar al delito cometido y con el grupo de edad se observó:

En el grupo de 20 a 24 años de 60 internas predominó el delito de Robo en 43 de ellas (72%), seguido por el de Robo de Infante en 6 mujeres (10%), Homicidio en 5 casos (9%), Delitos contra la Salud en 2 sujetos (3%), Secuestro por 2 mujeres (3%), Lesiones cometidas por 2 personas (3%).

Del grupo de 25 a 29 años con 56 personas el Robo se presentó en 24 casos (43%), el Homicidio en 10 internas (18%), Delitos contra la salud en 9 sujetos (16%), el Robo de Infante en 6 mujeres (11%), el Fraude en 2 personas (4%), la Violación a Menores realizadas por 2 personas (4%), el Secuestro en un caso (2%), las Lesiones cometidas por 2 internas (2%) y la Corrupción de Menores en 2 casos (2%).

En el rango de 30 a 34 años integrado por 37 mujeres; 18 sujetos cometieron el delito de Robo (48%), el Homicidio en 10 mujeres (27 %), Delitos contra la Salud en 4 personas (11%), el Robo de Infante en 2 internas (5%), la violación cometida por 1 sujeto (3%), el Secuestro en 1 interna (3%), Lesiones por 1 persona (3%).

De los 35 a 39 años con 51 internas; el Robo se realizó por 23 sujetos (45%), el Fraude 8 personas (15%), Delitos contra la salud en 6 casos (12%), el Homicidio en 5 mujeres (10%), el Secuestro por 3 sujetos (6%), la Violación de Menores en 2 casos (4%), la Corrupción de Menores en presentó en 2 ocasiones (4%), el Robo de Infante por 1 mujer (2%), las Lesiones en 1 persona (2%).

En el rango de 40 a 44 años con 8 personas no hubo predominio en ningún delito; el Robo se realizo por 2 mujeres (25%), el Homicidio por 2 sujetos (25%), los Delitos contra la Salud 2 personas (25%), y el Fraude en 2 internas (25%).

Del grupo de 45 a 49 años integrado por 15 sujetos; 5 personas cometieron Delitos contra la Salud (33%), el Homicidio en 4 internas (27%), el Robo en 2 mujeres (13%), la Violación en Menores 2 personas (13%), el Robo de Infante en 1 sujeto (7%), y el Fraude por 1 interna (7%).

De 50 a 54 años constituido por 15 mujeres; predominó el Robo en 9 internas (60%), el Robo de Infante en 2 sujetos (13%), los delitos Contra la Salud en 2 mujeres (13%), el Fraude en 2 mujeres (13%).

Del grupo de 55 a 59 años de 5 personas; predominó el Robo en 3 sujetos (60%), seguido por Homicidio en 2 internas (40%). De las internas de más de 60 años fueron 7; en ellas predominó el Fraude en 4 mujeres (57%), el Homicidio en 2 personas (29%), 1 persona por Robo de Infante (14%), por Lesiones en 5 sujetos (2%) y de Corrupción de Menores en 3 internas (1%). Ver gráfica 7.

DISCUSIÓN

En México no existen estudios realizados en población interna en reclusorios femeninos, por lo que consideramos de interés hacer un estudio exploratorio a fin de conocer parte del perfil de las reclusas, en el estudio predominan las mujeres jóvenes de 20 a 29 años (46%) y las solteras (50%), en menor porcentaje hay mujeres mayores de 55 años (5%), viudas y divorciadas (11%), quizá exista una correlación entre la edad y el estado civil. Esto concuerda con lo reportado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en 1997 en población general.

El 45% de las reclusas (115) consume algún tipo de droga, el 63% consumen mas de tres tipos de droga diferentes, de las drogas que principalmente se consumen está la marihuana (80%), crack (75%), cocaína (57%), alcohol (54%), pastillas (44%) y con menor frecuencia otras sustancias como el esmalte de uñas, inhalantes, heroína, morfina, etc.), de acuerdo a los ingresos de las reclusas.

Se observó que cerca de la mitad de las internas (47%) sufrían de alguna alteración en el estado de ánimo, siendo la depresión la mas frecuente (55%), probablemente se deba a la privación de la libertad, estar alejadas de sus familias y del entorno social habitual.

Los principales delitos que ocasionaron el internamiento fueron robo (49%), homicidio (16%) y delitos contra la salud (12%) con menor frecuencia el secuestro(3%), lesiones (2%) y corrupción de menores (1%). Al ver la frecuencia de tipo de delito por cada grupo de edad se observó que predominó el robo, a excepción de los grupos de 40 a 44 años que fue en proporciones similares los tipos

de delito, en el de 45 a 49 que fueron los delitos contra la salud los más frecuentes (33%) y los homicidios (27%), en las personas mayores de 60 años el fraude (57%) y homicidio (29%). Sin embargo, no se pudo conocer si existe alguna relación entre el tipo de delito y la edad o el estado civil ya que no fue la finalidad, sin embargo sería interesante hacer estudios posteriores para conocer si existe alguna relación.

Al relacionar la edad con el estado de ánimo se observó que las mujeres de 25 a 29 años presentaban con mayor frecuencia ansiedad y depresión, mientras que en los otros grupos de edad se observó principalmente a la depresión. No se pudieron determinar las causas de esta predominancia ya que no fue el objetivo del estudio, *por que solo es un exploratorio que dará pauta a estudios posteriores.*

El 61 %de las internas que presentaron alguna alteración en el estado de ánimo consumía alguna droga, probablemente esta adicción se deba al estado de ánimo, sin embargo no se pudo comprobar ya que desconocemos si este consumo fue antes o después de su ingreso, lo mismo para la presentación de la alteración en el estado de ánimo; es necesario que se hagan mas estudio para conocer esta asociación.

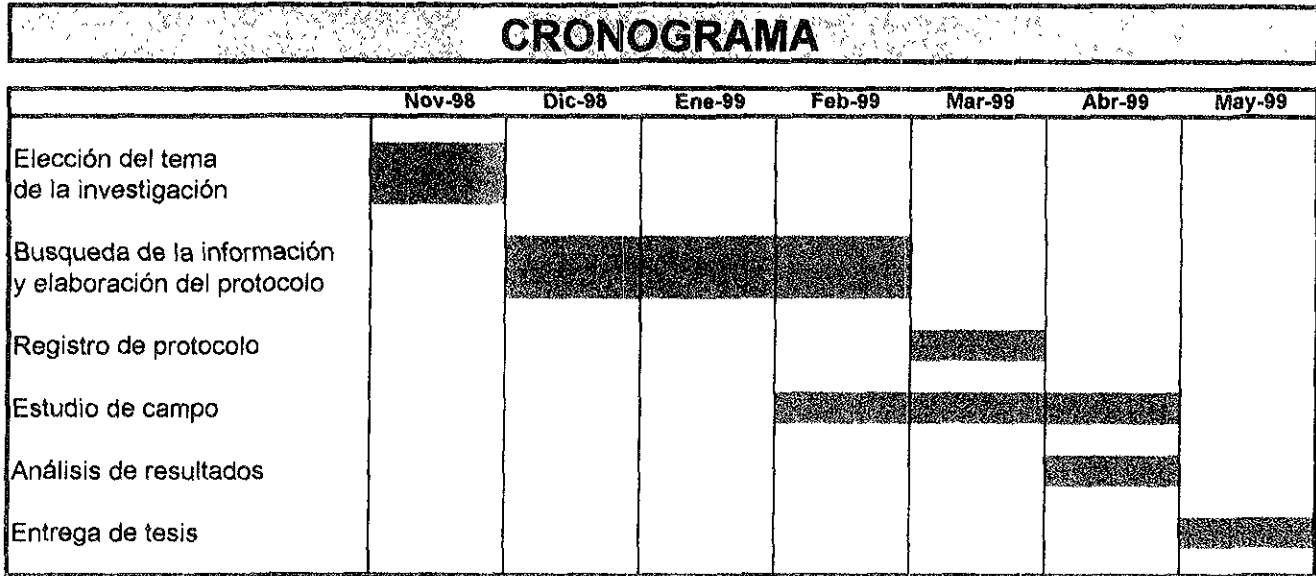
CONCLUSION

A nivel nacional hay pocas publicaciones de estudios con relación al consumo de droga y a la comorbilidad con la depresión y la ansiedad sobre todo que sean realizados en poblaciones de reclusorios. La prevalencia nacional e internacional es similar a la de este estudio; pero no revela la magnitud real de las adicciones en los reclusorios, pues hay que considerar que algunos datos proporcionados pueden estar alterados por temor de las internas de que los datos reportados pasaran a su expediente, repercutiendo en segregaciones o modificación en su sentencia, además de que solo se estudio a la población femenina y solo en el Centro de Readaptación Social Tepepan.

A medida de que avancen las investigaciones se permitirá desarrollar programas de prevención y de rehabilitación diseñados específicamente para este tipo de población, pues se conocen múltiples factores económicos, sociales y culturales que influyen en ella.

ANEXOS

Cuadro 1



CUESTIONARIO CLINICO W.W.K. ZUNG

NOMBRE DEL PACIENTE _____

EDAD _____

SEXO _____

FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La mayoría de las veces o siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO TRISTE				
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO				
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR				
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE				
5. COMO IGUAL QUE ANTES				
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES / HOMBRES ATRACTIVOS				
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO				
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO				
10. ME CANSO SIN MOTIVO				
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE				
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER				
13. ME ENCUENTRO TRANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO				
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO				
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE				
16. TOMO LAS DECISIONES FACILMENTE				
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA				
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO				
20. SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA				

1	1	2	3	4	
2	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	4	3	2	1	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
11	4	3	2	1	
12	4	3	2	1	
13	1	2	3	4	
14	4	3	2	1	
15	1	2	3	4	
16	4	3	2	1	
17	4	3	2	1	
18	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	
20	4	3	2	1	
					Punt. Bruta
					Índice SDS

Índice de SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia ligera de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 ó más	Presencia de depresión severa o extrema

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de SDS							
Punt. Bruta	Índice SDS	Punt. Bruta	Índice SDS	Punt. Bruta	Índice SDS	Punt. Bruta	Índice SDS
20	25	32	40	44	55	68	85
21	26	33	41	45	56	69	86
22	28	34	43	46	58	70	88
23	29	35	44	47	59	71	89
24	30	36	45	48	60	72	90
25	31	37	46	49	61	73	91
26	33	38	48	50	63	74	92
27	34	39	49	51	64	75	94
28	35	40	50	52	65	76	95
29	36	41	51	53	66	77	96
30	38	42	53	54	68	78	98
31	39	43	54	55	69	79	99
						80	100

DIAGNOSTICO DE DEPRESION DEPRESIVO

Dr. Guillermo Calderón Narváez

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ M _____ F _____
 Estado Civil _____ Fecha: _____

	NO	SI		
		poco	regular	mucho
1 ¿ Se siente triste o afligido?				
2 ¿ Llora o tienes ganas de llorar?				
3 ¿ duermes mal de noche?				
4 ¿ En la mañana se siente peor?				
5 ¿ Le cuesta trabajo concentrarse?				
6 ¿ le ha disminuido el apetito? *				
7 ¿ Se siente obsesivo o repetitivo?				
8 ¿ Considera que su rendimiento en el trabajo o en el estudio es menor?				
10. ¿ Siente presión en el pecho?				
11 ¿ Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12 ¿ Se siente cansado o decaído?				
13 ¿ Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿ Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15 ¿ Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿ Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17 ¿ siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿ Siente miedo de algunas cosas?				
19 ¿ Siente deseos de morir?				
20. ¿ Se siente apático, sin interés en las cosas?				

(*) Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

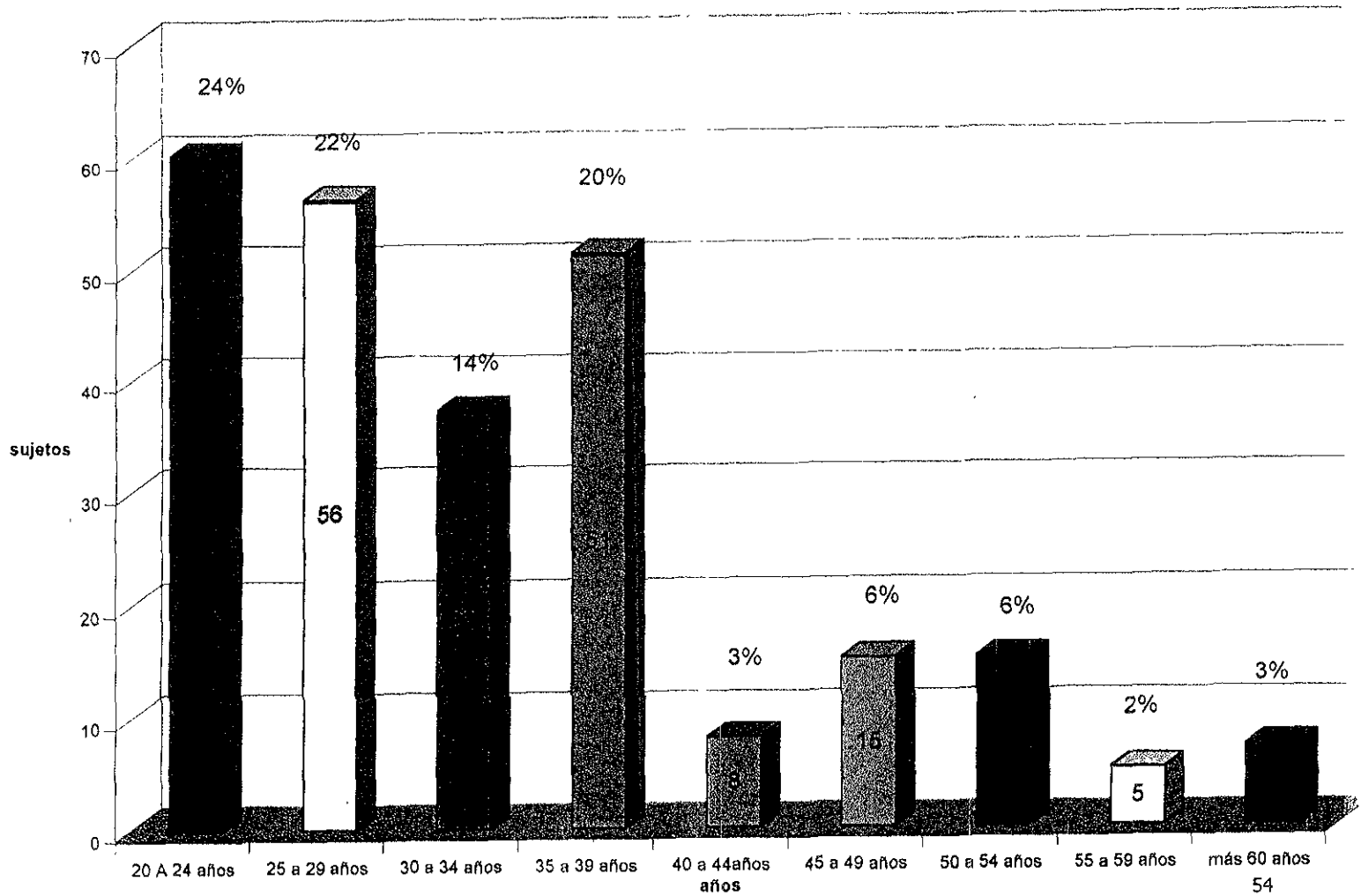
CALIFICACIÓN	
Preguntas contestadas en la primera Columna (NO)	X1=
Preguntas contestadas en la 2a Columna (POCO)	X2=
Preguntas contestadas en la 3a Columna (REGULAR)	X3=
Preguntas contestadas en la 4a Columna (MUCHO)	X4=
TOTAL	

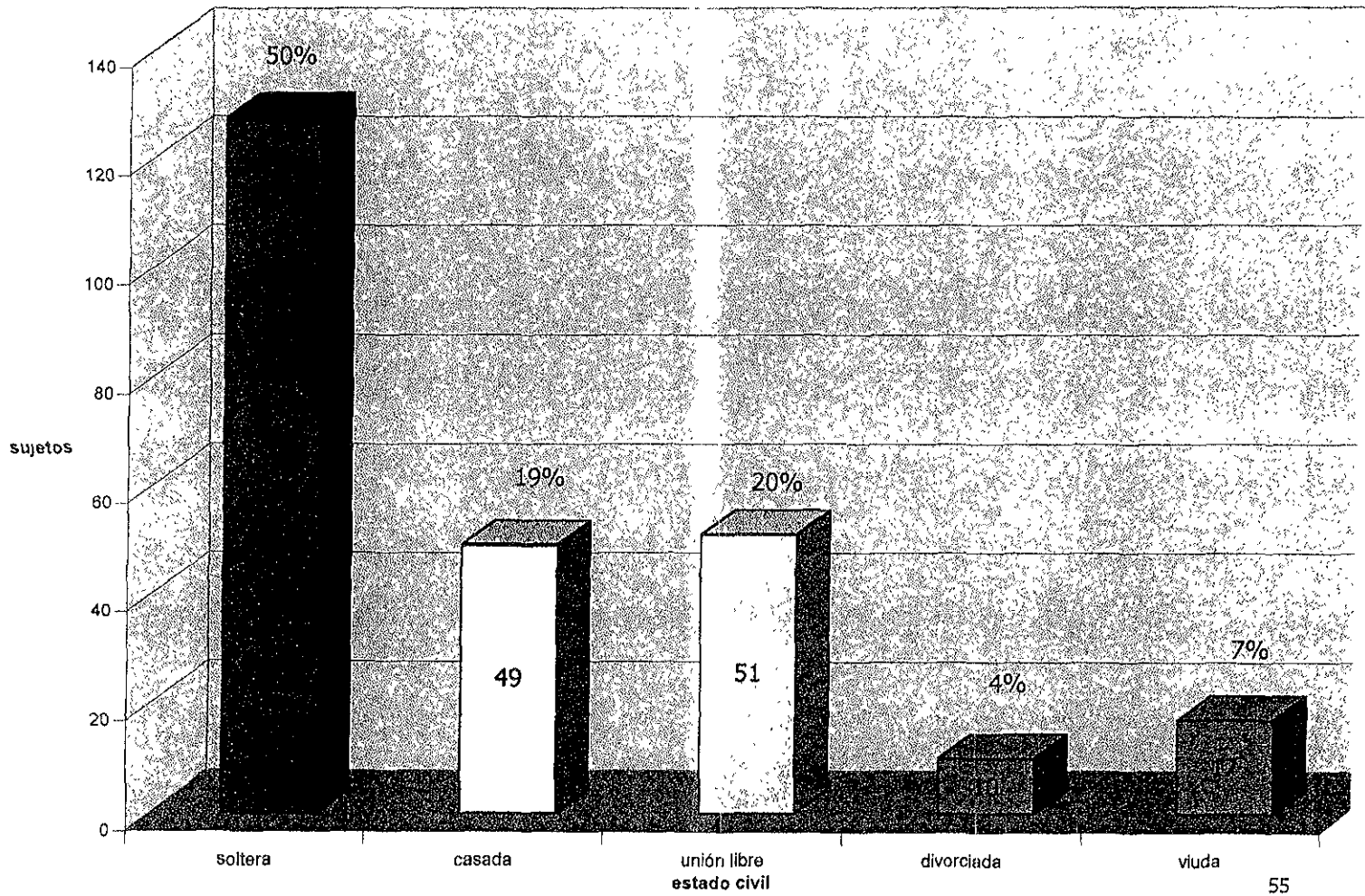
PUNTAJE EQUIVALENTE A:

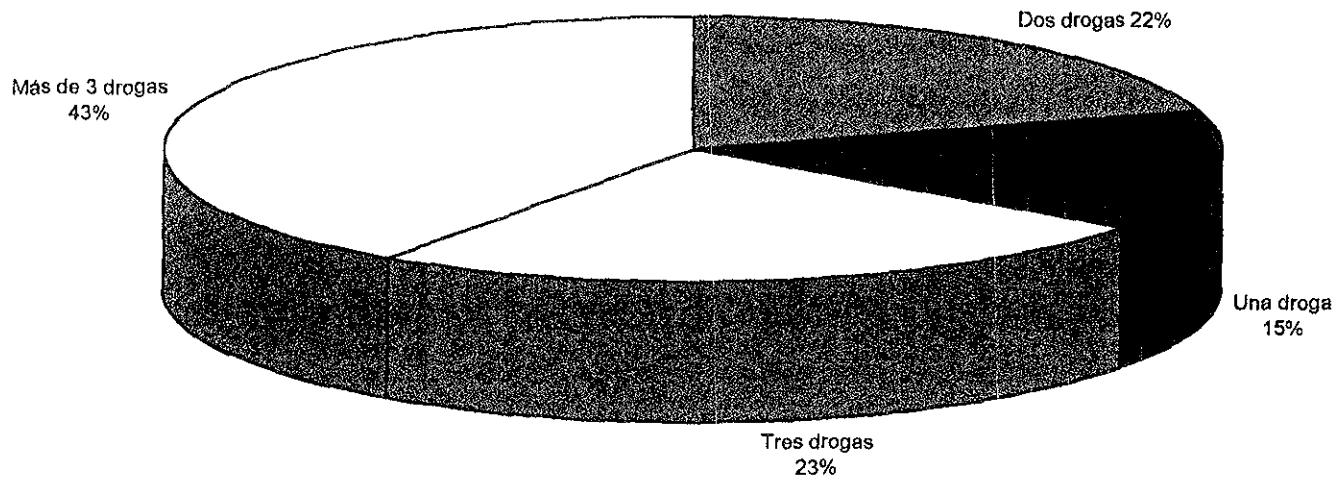
20 A 35 NORMAL	36 A 45 REACCIÓN DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN INCIPIENTE
46 a 65 DEPRESIÓN MEDIA	66 A 80 DEPRESIÓN SEVERA

Consumo drogas	SI	NO	Marihuana	Crack	Cocaína	Pastillas	Alcohol	Otras
----------------	----	----	-----------	-------	---------	-----------	---------	-------

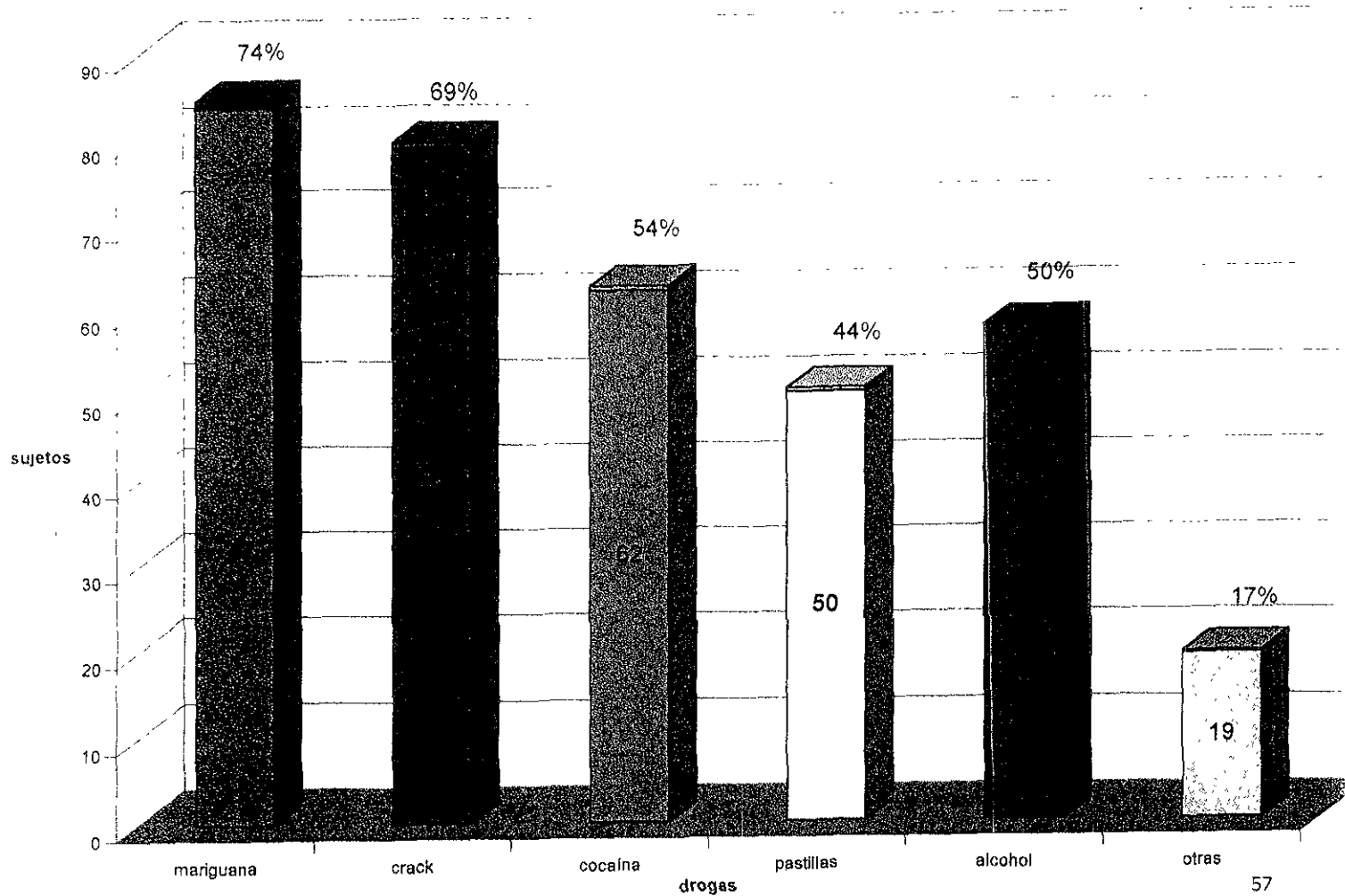
¿ Cual es el delito por el que se encuentra en esta institución?

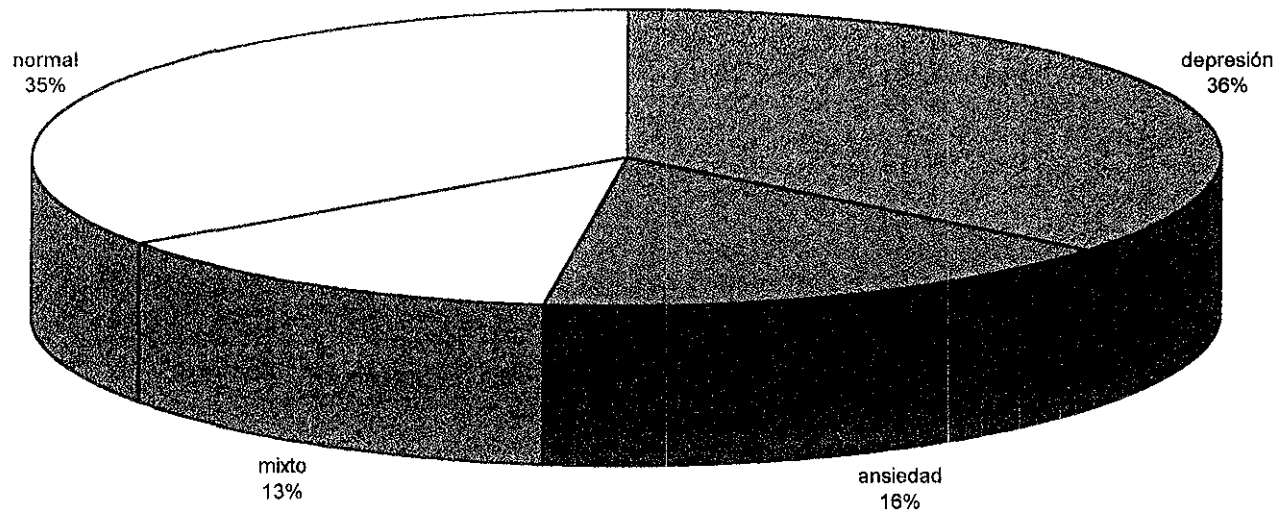


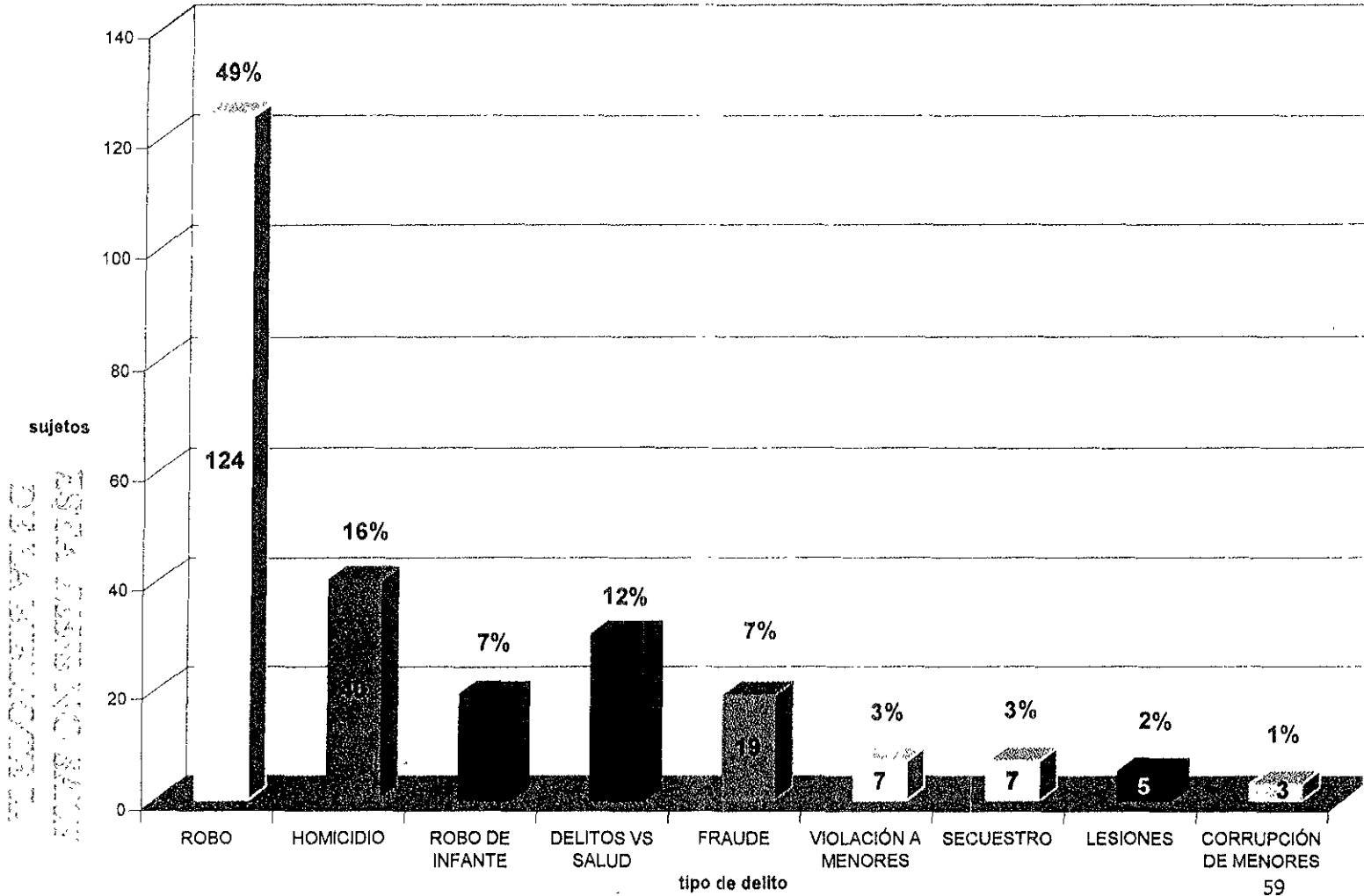




Gráfica 4. Consumo de drogas







ESTADÍSTICA DE LA FISCALÍA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Velasco Fernández R.* Programa Contra la Farmacodependencia. 2ª Reimp, México, Secretaria de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1995.
- 2.- *Berruecos Villalobos L, Castro Sariñana M E, Díaz-Leal Aldana L, Medina Mora M E, Reyes del Olmo P.* Curso Básico sobre Adicciones, Centro Contra las Adicciones (CENCA), Fundación "AMA LA VIDA", México: UNO, 1994; 9-14.
- 3.- Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de la Información de Drogas. Tendencias del Consumo en el Area Metropolitana (1989 - 1997). No 22. Junio 1997.
- 4.- *Natera G.* Atribuciones sociales y características psicológicas en un grupo de mujeres y hombres y su vínculo con el consumo de alcohol. VI Congreso Iberoamericano sobre tabaco, alcohol y drogas. Memorias. México: 1993; 117 - 118.
- 5.- *Green D,* The relation between personality and level of addicted the opiates, alcohol, tabco cannabis and food. VI Congreso Interamericano sobre alcohol, tabaco y drogas. Memorias. México: 1993; 114 - 115.
- 6.- *García J.J. Ochoa R. A.* Tabaco y Alcohol como drogas de entrada a la Farmacodependencia. VI Congreso Iberoamericano sobre alcohol, tabaco y drogas. Memorias. México: 1993; 27.
- 7.- *Kuri, M P.* El abuso del consumo de drogas problema de Salud. II Congreso Interinstitucional de Fomento de la Salud. Memorias. México: 1997; 13 - 14.
- 8.- *Borges G,* Estudio Epidemiológico de las Consecuencias Médicas y Sociales del Consumo de Drogas. VI Congreso Iberoamericano. Memorias. México: 1993; 106.

- 9.- *Bejarano Julio, Lizú San L, Carvajal H.* El consumo de drogas en la mujer costarricense. *Salud Mental* 1999; 22 (2): 41 –48.
- 10.- *Díaz Martínez L. R,* Psiquiatría. Alcoholismo y Farmacodependencia. B-2 PZIZER. Ciencia para el Bienestar de la humanidad. México: Intersistema, Evaluación Médica Continua,1998; 7 – 67.
- 11.- *Natera G.* Estudio Epidemiológico de las Consecuencias Médicas y Sociales del Consumo de Drogas. VI Congreso Iberoamericano. Memorias. México: 1993; 117.
- 12.- *Villatoro J A, Medina-Mora M E, Cardiel H, Fleix C, Alcántar E, Hernández S, et al.* La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición otoño de 1997. *Salud Mental* 1999 22 (2): 18 – 30.
- 3.- *Velasco Fernández R.* Las Adicciones. México: Ed Trillas, 1997;pp 281.
- 14.- *Geneusdin Jerry, Lewis.* Psiquiatría en Medicina General. 3ª Reimp, México: Ed Salvat, 1993; 39, 67, 192, 221, 363, 426, 494.
- 15.- *Solis L.* Conferencia Magistral "Situación Actual del Consumo de Drogas en el Mundo". Maestría de Salud Pública, Secretaría de Salud. México: 1999.
- 16.- *Patiño Luis.* Psiquiatría Clínica. 2ed, Ed Salvat, 1997; 149 – 157, 173 – 192.
- 17.- *DSM – IV.* Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. ED Masson S.A. (España): 1995; 181 –190, 326, 782 – 786, 793, 794.
- 18.- *Dörr Zegers.* Fenomenología de la corporalidad depresiva. *Salud Mental* 1993; V 16(3): 22-30.
- 19.- *Berlanga Carlos.* La Comorbilidad en los Trastornos Depresivos. *Salud Mental* 1993; V 16 (1): 1 – 9.
- 20.- *Dominguez L. M.* Depresión y Alcoholismo. *Revista Médica* 96. 1996; January Suppl: 1 – 5.
- 22.- *Lara A.* Relación entre masculinidad y feminidad en consumo de alcohol y conductas asociadas al mismo. VI Congreso Iberoamericano.

Memorias. México: 1993; 66.

23.- *Rascon N L y cols.* Trastornos de la ansiedad y consumo de bebidas alcohólicas en una muestra Nacional de Hogares. VI Congreso Iberoamericano. Memorias. México: 1993; 100.

24.- *Calderón N G.* Cuestionario Clínico para el Diagnóstico de los cuadros depresivos. *Revista Médica* 1992; V(30), (5/6): 377-380.

25.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 8ed, México: Ed Trillas, 1991; 11, 12.

26.- Leyes y Códigos de México. Ley General de Salud. 12a. Edición actualizada, México: Ed Porrúa, 1995.

27.- Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común para toda la República en; Materia de Fuero Federal. Agenda Penal 98 2ed, México: Ed Ediciones Fiscales I S E F, S:A, 1998: 45-49.